Nr. 42. 21. października 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. S. SCHILLING - SIENGALEWICZ. Lwów.

Badania doświadczalne nad zachowaniem się splotu naczyniówki mózgowej i płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem ostrych zatruć.

(Doniesienie tymczasowe) *).

Z Zakładu medycyny sądowej Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie. Dyr. Prof. Dr. W. Sieradzki.

W ostatnich latach zwrócono wiele uwagi na zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego w różnych stanach chorobowych. Badania te rzuciły pewne światło na znaczenie tego płynu w fizjologji i patologji ośrodkowego układu nerwowego. Równocześnie ukazał się szereg prac nad budową i czynnością splotu naczyniówki mózgowej, która w powstawaniu i zachowaniu się płynu mózgowo-rdzeniowego zdaje się odgrywać pierwszorzędną rolę. Wśród wniosków, jakie z tych badań wyprowadzano, wielce interesujące jest zapatrywanie, że naczyniówka mózgowa stanowi ważną część wału ochronnego dla centralnego układu nerwowego, mającego zadanie zatrzymywać wszelkie substancje szkodliwe, które też dopiero po uszkodzeniu tego wału zadziałać mogą na ośrodkowy układ nerwowy. Rozważając stan nauki w tej dziedzinie, przyszedłem do przekonania, że zapatrywanie to ma wiele za sobą słuszności, i postanowiłem w drodze doświadczalnej stwierdzić zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego i splotu naczyniówki pod wpływem trucizn wprowadzonych do ustroju od zewnątrz. Jako trucizn użyłem do badań dwóch substancji, a to gazu świetlnego i neosalwarsanu, tak odrębnych pod względem chemicznym i tak różnie działających na układ nerwowy centralny. Doświadczenia wykonywałem na królikach, ustaliwszy poprzednio właściwości płynu mózgowo-rdzeniowego i stan naczyniówki mózgowej u królika normalnego. Wprowadziłem przytem szczególną metodę do tych badań, pozwalającą śledzić za zmianami we funkcji ochronnej splotu, a mianowicie zastosowałem u zwierząt barwienie przyżyciowe przez wprowadzanie śródżylnie kolloidalnego barwika błękitu trypanu. Barwik ten, zastosowany w odpowiedni sposób, przenika wyraźnie prawie wszystkie tkanki ustroju, pozostawia jednak niezabarwionym mózg, rdzeń i płyn mózgowo-rdzeniowy, zatrzymując się na splocie naczyniówki i oponach mózgowych. Zwierzę tak zabarwione nie okazuje żadnych objawów chorobowych, płyn mózgowo-rdzeniowy w niczem się nie zmienia, a w splocie naczyniówki barwik osadza się w sposób stały i charakterystyczny, nie naruszając struktury tkanki.

Z zatruciem gazem świetlnym przeprowadziłem 11 doświadczeń, z czego 8 dotyczyło królików zabarwionych poprzednio przyżyciowo a następnie zatruwanych, 3 zaś królików najpierw zatruwanych a później barwionych. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego pod względem własności fizykalnych, ilości i jakości części morfotycznych oraz zawartości białek, oznaczanych różnemi metodami, wykazało w nim szereg zmian, między innemi obecność, zwłaszcza w przypadkach cięższego zatrucia, błękitu trypanu. W splocie naczyniówki mózgowej znalazłem poważne zmiany, zależne od ciężkości zatrucia, objawiające się, między innemi, zupełnie innem, niż u królika normalnego, zachowaniem się składników tkankowych splotu w stosunku do wprowadzonego barwika. Ponadto stwierdziłem jednostajne zabarwienie niebieskawe całego mózgu a zwłaszcza kory mózgowej, co jest niewątpliwie następstwem wzmożonej przepuszczalności naczyniówki i opon mózgowych, wskutek uszkodzenia tych narządów wprowadzoną trucizną.

Z zatruciem neosalwarsanem wykonałem doświadczeń 10, z czego 8 dotyczyło królików najpierw barwionych, a później zatrutych, 2 zaś, przeciwnie, barwionych dopiero po zatruciu. Zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego, mózgu i splotu naczyniówki okazało się w wielu szczegółach odmienne, niż po zatruciu gazem świetlnym. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał większą ilość barwika, natomiast mniejszą pleocytozę, w zawartości białek różnicy większej nie było, przebieg jednak krzywej w djagramie przy próbie mastyxowej był inny. Zmiany histologiczne w strukturze splotu naczyniówki były przy zatruciu neosalwarsanem wybitnie znaczniejsze, niż przy zatruciu gazem świetlnym, co między innemi wyrażało się odmiennem rozmieszczeniem barwika wśród tkanki. Wielce charakterystyczną okazała się różnica w wejrzeniu mózgu w całości przy tych zatruciach w porównaniu z doświadczeniami z zatruciem gazem świetlnym. Podczas gdy bowiem przy zatruciu gazem świetlnym mózg cały był jednostajnie zabarwiony niebiesko, zwłaszcza zaś intenzywnie kora mózgowa, to przy zatruciach neosalwarsanem zabarwienie niebieskie obejmowało szczególnie wyraźnie okolice komór bocznych i trzeciej, nieraz cały wzgórek wzrokowy. Wyprowadzam stąd wniosek, że gaz świetlny uszkadza przedewszystkiem opony mózgowe, w mniejszym stopniu splot naczyniówki, natomiast neosalwarsan uszkadza głównie splot naczyniówki mózgowej. Wobec tego można przypuścić, że pierwsza z tych trucizn ma charakter meningotropowy, druga plexotropowy.

Badania powyższe popierają wybitnie twierdzenie, że splot naczyniówki odgrywa ważną rolę w fizjologji i patologji mózgu, jako część wału ochronnego dla ośrodkowego układu nerwowego. Wał ten pod wpływem substancji trujących doznaje uszkodzenia, a mianowicie zwiększa się jego przepuszczalność i to zależnie od rodzaju jadu, gdyż różne jady będą pod tym względem działać rozmaicie, między innemi i na różne składniki urządzeń ochronnych. Nie waham się też przyjąć, że rozliczne schorzenia ustroju mogą w drodze wytwarzania ciał trujących, zależnie od ich przyrody, wywierać szkodliwy wpływ na wał ochronny i na tej drodze na ośrodkowy układ nerwowy. W patogenezie zatem chorób układu nerwowego i chorób psychicznych zachowanie się tego wału ochronnego może odgrywać pierwszorzędną rolę, a pierwotne schorzenie tego wału będzie nieraz głównym czynnikiem w powstawaniu tych schorzeń.

*) Rzecz przedstawiona obszernie na wykładzie w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem w dniu 13 kwietnia 1923.

Ryszard HERTZ i Józef LANDSBERGER. Warszawa.

Wysięk gruźliczy w jamie otrzewnej, zawierający 20% krwi; jednocześnie przyczynek do pozawątrobowego powstawania bilirubiny.

Z oddziału chorób wewnętrznych Władysława Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przypadek gruźliczego zapalenia otrzewnej, który pozwalamy sobie zakomunikować, zasługuje na uwagę z dwóch względów: przedewszystkiem ze względu na niezwykłą ilość krwi, zawartą w płynie wysiękowym; a powtóre, ze względu na obecność w nim barwików żółciowych w ilości pięciokrot nie przewyższającej ilość barwików żółciowych we krwi tego chorego, co niewątpliwie dowodzi powstawania ich na miejscu, w danym razie, w jamie otrzewnej, z pominięciem wątroby.

Chora Z. S., l. 23, zapisała się w sierpniu r. ub. na oddział. Zachorowała w czerwcu na bóle w dołku, które występowały niezależnie od jedzenia i były ściśle umiejscowione; wymiotów, nudności nie miała. Jednocześnie zauważyła, że objętość brzucha stale i powoli się powiększa, że chudnie i słabnie. W dzieciństwie przechodziła odrę i płonicę, przed rokiem zapalenie opłucnej; wtedy gorączkowała, kaszlała i pluła krwią. Po 2 miesiącach wróciła do zdrowia i czuła się zupełnie dobrze aż do czerwca r. ub. Zamężna od lat 3, ma jedno zdrowe dziecko.

Miesiączkuje 4—5—7/3 obficie, nieboleśnie. Dziedzicznie nie jest obarczona.

Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Waga 51 kg. Skóra i śluzówki blade. Gruczoły szyjne, pachowe i pachwinowe obustronnie nieco powiększone. Klatka piersiowa wysklepiona prawidłowo. Dołki obojczykowe zaznaczone. 10-te żebro wolne. Stały stan podgorączkowy. Oddechów na minutę 30. W płucach objawy zagęszczenia obu szczytów, bardziej z prawej strony zaznaczone. Serce — bez zmian chorobowych. Tętno 72, miarowe, miękkie. Mx 105, Mn 65. Brzuch znacznie wypuklony, miękki, naogół niebolesny. Wrażliwość przy ucisku na pępek. Wyraźne objawy wolnego płynu w jamie brzusznej. Wątroba i śledziona niemacalne. Przy badaniu narządów rodnych stwierdzono przodopochylenie macicy oraz sklepienia wolne. W moczu, zbadanym dwukrotnie, składników chorobowych nie wykryto. Dwukrotne badanie krwi wykazało: Hb 70—67% (Sahli), krążków czerw. 3,968.000—4,400.000, kr. białych 9687—4200. Wzór odsetkowy: N 56—60%, E 6—5½%, B—2—2%, L 27—26%, Mon 9—6½%. Krzepliwość krwi 15½ min.

Rozpoznano gruźlicze zapalenie otrzewnej. W celu uzupełnienia rozpoznania dokonano nakłucia próbnego jamy otrzewnej. Otrzymano przytem płyn tak wybitnie krwawy, że lekarz, który dokonał nakłucia, poprosił natychmiast chirurga w obawie, czy nie uszkodził jakiegoś większego naczynia. Wobec jednak ogólnego dobrego stanu chorej, zwłaszcza wobec miarowego nie przyśpieszonego tętna, zabiegu nie przerwano i wydobyto w ten sposób 2 litry tego krwawego płynu. Stopień domieszki krwi zachwiał na razie pierwotnem rozpoznaniem gruźliczego zapalenia otrzewnej. Po 2 dniach dokonano powtórnego nakłucia i wydobyto ponownie około 2 litrów płynu, w równym stopniu krwawego. Ponieważ stan chorej się nie poprawiał, a płynu w jamie brzusznej zaczęło przybywać (dn. 6. IX. obwód brzucha na wysokości pępka 88 cm, po dziesięciu dniach 94—95 cm), zdecydowano na naradzie z prof. Leśniowskim, mimo niepewnego rozpoznania, poddać chorą zabiegowi chirurgicznemu. Na operacji (prof. Leśniowski) stwierdzono gruźlicę otrzewnej: »na otrzewnej, głównie trzewnej, liczne guziczki rozmaitej wielkości, zwłaszcza na otrzewnej narządów płciowych. Tu guziczki najliczniejsze, pozatem przydatki maciczne pozaginane poza macicę i tam bardzo mocno przytwierdzone« (z protokółu operacyjnego N. 286 z dn. 25. IX.).

Płyn z jamy brzusznej badaliśmy trzykrotnie: dwa razy przed operacją i raz w czasie operacji. C. g. 1023—1020—1022. Białko refraktometrycznie 6,12%—5,5%—6,5%. Lepkość 1.7. Ilość krążków czerwonych w 1 mm³ zmieszanego płynu 916.700 w płynie wypuszczonym po raz pierwszy, 900.000 po drugiem nakłuciu, 390.620 w czasie operacji, w 3 tygodnie później. Bilirubiny 10 mg ‰ i 18,75 mg ‰, to ostatnie w płynie otrzymanym podczas operacji. Odczyn bezpośredni ujemny. Odporność krwinek z płynu: H_1 nie można było określić wobec żółtawego zabarwienia płynu nad krwinkami, H_2 60—58, H_3—24. Hemolizyn względem krwinek z płynu nie wykryto. Pod drobnowidzem, prócz czerwonych ciałek, gdzieniegdzie limfocyty, rzadziej leukocyty. Powyższe liczby czerwonych krwinek są niewątpliwie wysokie. Wiadomo, że 5—6000 czerwonych krwinek w mm³ wystarcza, żeby nadać płynowi charakter krwawy. Inny badany przez nas na oddziale płyn z jamy otrzewnej o charakterze wybitnie krwawym, w przypadku nowotworu otrzewnej, zawierał 71625 krwinek czerwonych w mm³.

Jeżeli uwzględnimy dane morfologicznego badania krwi, które przed operacją dokonane zostało dwukrotnie, (E 3,968.000—4,400.000), oraz fakt, że krwinki w jamie otrzewnej ulegały stałemu rozpadowi, to możemy przyjąć, że płyn w otrzewnej przedstawiał niejako krew, zaledwie cztero- lub pięciokrotnie rozcieńczoną. Zestawiając liczby krwinek z płynu przed i podczas operacji (900.000—390.000) z ilością bilirubiny, stwierdzonej w płynie (10 mg ‰ — 18.75 mg ‰), widzimy, że w czasie od pierwszego nakłucia do chwili operacji (3 tygodnie) nastąpił wybitny rozpad krwi i, co za tem idzie, zwiększone wytwarzanie bilirubiny. Że krew w otrzewnej ulegała rozpadowi, za tem przemawia zmniejszona odporność krwinek, otrzymanych po odwirowaniu płynu i przemytych fizjologicznym roztworem soli, a mianowicie: H_1 nie można było określić wobec żółtawego zabarwienia płynu nad krwinkami, H_2 60—58, H_3 24 (norm. H 44—46). Na korzyść miejscowego powstawania bilirubiny w jamie brzusznej, bez udziału wątroby, przemawiają następujące liczby. W dniu pierwszego nakłucia otrzewnej krew zawierała 2 mg ‰ bilirubiny. Tymczasem płyn wysiękowy, zawierający krew pięciokrotnie rozcieńczoną, zawierał bilirubiny 10 mg ‰. Wynika stąd, że porównawczo wysięk otrzewnowy zawierał 25 razy bilirubiny więcej, niż mogło to zależeć od domieszki do niego bilirubiny ze krwi. W dniu zaś operacji wysięk z domieszką krwi, stanowiącą zaledwie $^1/_{11}$ jego część, zawierał bilirubiny 18,75 mg ‰, czyli 75 razy więcej, niżby to zależeć mogło od domieszki bilirubiny ze krwi (było jej tam wtedy 2,7 mg ‰).

Spostrzeżenie nasze odnośnie do pozawątrobowego powstawania bilirubiny nie jest w piśmiennictwie odosobnione.

Liczni autorzy wykrywali bilirubinę w krwawych płynach opłucnych, otrzewnych, w płynie mózgowordzeniowym po udarze, w krwiakach spojówkowych i t. p. Już przed wielu laty Virchow stwierdził w wylewach krwawych w mózgu obecność żółtego barwnika, hematoidyny, identycznego, jak późniejsze badania wykazały, z bilirubiną. Doświadczalnie również udało się dowieść, że bilirubina może się wytwarzać poza obrębem wątroby. Hymans van den Bergh zastrzykiwał psu pod skórę łba dokładnie przemyte krwinki ludzkie, końskie lub psie i po 2—3 dniach otrzymywał ciecz zhemolizowaną, w której wykrywał bilirubinę. Powyższe spostrzeżenia dowodzą, że bilirubina może się wytwarzać bez udziału wątroby we wszystkich tkankach ustroju ze krwi wynaczynionej. Wytworzona pozawątrobowo bilirubina różni się od pochodzącej z dróg żółciowych odmiennem zachowaniem się względem odczynnika dwuazowego (Hymans v. d. Bergh). W pierwszym przypadku próba wypada z opóźnieniem czyli jest ujemna, w drugim — występuje natychmiast. Ujemny wynik próby bezpośredniej, który stale otrzymywano w płynie otrzewnym u naszej chorej, dowodzi wyłącznie »krwiopochodności« bilirubiny, czyli braku wszelkiego jej związku z drogami żółciowemi *).

Istnieje zasadnicza różnica w poglądach autorów niemieckich i francuskich na sposób powstawania bilirubiny w płynach krwawych. Pierwsi są zdania, że komórki gwiaździste przetwarzają hemoglobinę w barwnik żółciowy, drudzy ujmują sprawę bardziej serologicznie. Guillain i Froisier stwierdzili, że w płynach krwawych krwinki wynaczynione wykazują znacznie zmniejszoną odporność, przyczem owa zmniejszona odporność nie jest pierwotna, lecz powstaje wskutek zadziałania na krwinki hemolizyn, będących znowu odczynem ustroju na wylew krwawy.

Hemolizyny, uczulając krwinki, powodują zmniejszoną ich odporność, rozpad, z wyługowanej zaś hemoglobiny wytwarza się na miejscu bilirubina. W naszym przypadku odporność krwinek z płynu była istotnie zmniejszona: H_2 58, H_3 24, lecz autohemolizyn w płynie nie wykryto.

Zaznaczyć wreszcie wypada, że odporność krwi, wziętej z żyły ramiennej, zarówno całkowitej, jak krwinek, przemytych płynem Ringer'a, była u naszej chorej stale zmniejszona. 1) H 62, H_2 54, H_3 niżej 34. 2) H_1 62, H_2 50, H_3 niżej 30. 3) H_1 62, H_2 50, H_3 niżej 30. Bezpośrednio po operacji: H_1 66, H_2 50. Fakt ten ma oddalone podobieństwo do przypadku Gougerot'a i Salin'a, w którym w związku z głęboko leżącym krwiakiem kończyny dolnej miała powstać ogólna hemolityczna żółtaczka ze zmniejszoną odpornością krwi (H 64).

Dr. med. Bronisław SZERSZYŃSKI. Warszawa.

Wpływ operacji na układ sercowo-naczyniowy.

Z I. Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyr. Prof. Dr. A. Leśniowski.

Ciąg dalszy.

W przypadkach wyjątkowych ciśnienie skurczowe podczas zabiegu w uśpieniu obniżało się o 70—80 mm Hg, (rys. 5.), co wynosiło niekiedy 50—60% ciśnienia w chwili uśpienia chorego. Trwało to jednak bardzo krótko i po prze-

*) W wspomnianym wyżej drugim analogicznym, lecz mniej jaskrawym, przypadku z naszego oddziału przy E 2,120.000 i 3 mg ‰ bilirubiny we krwi, stwierdziliśmy w płynie wysiękowym 71625 krążków czerwonych w mm³ i 7,5 mg ‰ bilirubiny, czyli również 75 razy więcej, niżby to mogło zależeć od samej tylko domieszki bilirubiny ze krwi.

minięciu momentu operacyjnego, który wywołał tak duży spadek, ciśnienie zaczynało się szybko podnosić. U 20-letniego studenta, o układzie nerwowym bardzo pobudliwym, podczas wytwarzania zespolenia żołądkowo-kiszkowego skutkiem wrzodu dwunastnicy ciśnienie stopniowo spadało z Mx 130 Mn 100 w chwili uśpienia do Mx 55 Mn 50 podczas wyszukiwania pętli jelita czczego, a więc graniczyło już z poziomem, jaki uważany jest przez fizjologów za minimum ciśnienia, potrzebnego dla podtrzymania krążenia (między 50 a 40 mm Hg), podniosło się jednak natychmiast do Mx 85 Mn 60 podczas rozdzielania krezki poprzecznicy. W dwu innych spostrzeżeniach obniżanie się ciśnienia postępowało szybciej i, pomimo przerwania usypiania i zabiegu, wkrótce znikło tętno, poczem chorzy przestali oddychać. Miesienie serca i sztuczny oddech zdołały przywrócić ich do życia w ciągu 5—8 minut. W obu przypadkach chodziło o młodych, silnych ludzi ze schorzeniem wyrostka robaczkowego, operowanych na zimno. Badanie ciśnienia w tych spostrzeżeniach pozwoliło mi zaalarmować otoczenie przedtem, nim chory stracił tętno, a tem bardziej — nim przestał oddychać, to znaczy wtedy, gdy przy przyjętym dotychczas sposobie sprawdzania stanu chorego usypianego nic nie zdradzało grożącego niebezpieczeństwa. Sądzę, że w razie większego, a tembardziej dość nagłego spadku ciśnienia należałoby obok przerwania usypiania odrazu wyłączyć i drugi czynnik, wpływający ujemnie na ciśnienie, przerywając czasowo operowanie, na co operujący nie zawsze się zgadza. Takiego sposobu postępowania trzyma się między innymi de Martel specjalnie w zabiegach na rdzeniu i mózgu.

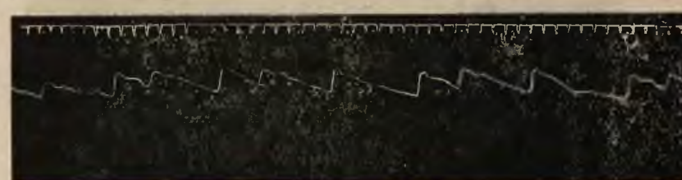
Prócz powyższych wahań liczbowych, badając ciśnienie krwi podczas zabiegu przyrządem Vaquez-Laubry, miałem możność stwierdzić zmienność danych wysłuchowych. Siła tonów zmieniała się w zależności od tego czy innego okresu operacyjnego. Początkowo głośne tony, w miarę przechodzenia do bardziej obrażających czynności, słabły, w pewnej ilości spostrzeżeń stawały sie ledwo słyszalne, niekiedy nawet milkły zupełnie pomimo to, że ręką można było wyczuć tętno poniżej — na tętnicy promieniowej. Zjawisko to zmusiło mnie do oznaczania nie tylko wysokości ciśnienia liczbami, ale i siły tonów za pomocą mianownictwa muzycznego: ff, f, mf, p, pp, ppp. Osłabienie tonów szło zwykle w parze z obniżeniem się ciśnienia skurczowego (Mx) i zmniejszeniem się ciśnienia tętna (PP), choć spostrzegałem i wyjątki od tego prawidła, w których bardzo słabym tonom towarzyszyło niewielkie zmniejszenie się Mx i PP. Przeciwnie, podczas operacyj, przebiegających z podniesieniem się ciśnienia, uderzało wybitne wzmożenie się siły tonów, wysłuchiwanych na tętnicy ramiennej. Taka równoległość wahań ciśnienia i siły tonów pozwala przypuścić, że ta ostatnia zależy od siły rzutu i wielkości fali krwi. Z drugiej jednak strony przypadki, w których osłabieniu tonów nie towarzyszył większy spadek ciśnienia, mówią za udziałem w tem zjawisku i innych czynników; być może, taki czy inny stopień napięcia ściany naczynia wpływa na siłę wysłuchiwanych tonów.

Co się tyczy wpływu położenia ciała na ciśnienie, to wbrew zdaniu Fortacin'a, obniżania się ciśnienia pod wpływem położenia Trendelenburga u chorych moich nie spostrzegałem.

Pozostaje jeszcze sprawa zależności spadku ciśnienia podczas zabiegu od niewydolności nadnerczy. Wiadomo, że szereg autorów (między innymi Hornowski) opisuje zmiany wsteczne w nadnerczach po zabiegu, wydaje mi się jednak nieprawdopodobnem, by zmiany te mogły dawać takie wahania ciśnienia, których spadek największy odpowiada początkowi lub środkowi, a nie końcowi operacji, czego należałoby oczekiwać wówczas, gdyby spadek zależał od niewydolności nadnerczy. Przeciwnie, w końcowym okresie zabiegu ciśnienie wraca do pierwotnego poziomu. Z drugiej strony, z badań doświadczalnych Rish'a (Baltimore) wynika, że wycięcie nadnerczy nie wpływa na zachowanie się ciśnienia podczas zabiegów brzusznych.

Badając ciśnienie metodą osłuchową, jak wyżej wspomniałem, miałem możność już w pierwszych 62 spostrzeżeniach stwierdzić częstokroć niemiarowość tętna, dłuższe w niem przerwy, zmiany częstości tętna, stopniowe wzmożenie się lub zmniejszanie się siły tonów, wreszcie zupełne ich przycichanie. Skłoniło mnie to do jednoczesnego badania ciśnienia i zdejmowania krzywej tętna za pomocą tętnopisu Jaquet'a w następnych 100 przypadkach operacyjnych. Już zaraz po wystąpieniu znieczulenia ogólnego zmienia się, jak wiemy z farmakologji, charakter tętna i zmiany te mogłem spostrzegać w moich badaniach. Wysokość fali tętna pod wpływem chloroformu zmniejsza się, pod eterem fala częściej się zwiększa, częstość tętna ulega zmniejszeniu, wierzchołek fali zaokrągla się lub spłaszcza, podniesienie wsteczne zmniejsza się lub znika. Zmiany tego rodzaju opisał jeszcze Kappeler (r. 1888), Holz i inni, z nowszych autorów do tych samych wniosków doszedł Bréchot. Prócz tego, w szeregu przypadków, podczas usypiania zarówno chloroformem, jak i eterem, występowała niemiarowość tętna w postaci skurczów dodatkowych lub tętna nierównego (rys. 7.). Z chwilą, gdy chory zasnął zupełnie, niemiarowość znika. W późniejszym okresie, gdy do działania środka usypiającego dołącza się działanie podrażnienia urazowego, charakter tętna w szeregu przypadków zmienia się jeszcze bardziej. Zmiany te dotyczyły przedewszystkiem wysokości fali, choć nie występowały stale. Na 60 przypadków badań w chloroformie w 22 (=37%) fala wyraźnie zmniejszyła się podczas bardziej obrażających czynności, w 14 (=23%), przeciwnie, zwiększyła się, w pozostałych 24 (=40%) nie uległa ona zmianie. Na 23 zabiegi w uśpieniu eterem w 8 (=35%) fala zwiększyła się, w 7 (=30%) zmniejszyła się, w pozostałych 8 (=35%) wielkość fali pozostała bez zmiany. A więc w 60% spostrzeżeń wysokość fali ulega podczas zabiegu zmianie, w związku z czynnościami bardziej obrażającemi: w chloroformie częściej zmniejsza się, w eterze zwiększa się. Stosunek tych zmian do wysokości ciśnienia był różny. Na 22 operacje w chloroformie w 18 (=82%) wraz ze zmniejszeniem się fali obniżyło się i ciśnienie, w 4 (=18%), przeciwnie, podniosło się ono. Na 14 przypadków ze zwiększeniem się fali w 7 (=50%) ciśnienie obniżyło się, w 5 (=36%) podniosło się, w 2 (=14%) pozostało bez zmiany. Podobne stosunki znajdujemy i u chorych, operowanych w uśpieniu eterowem: na 8 przypadków zwiększenia się fali towarzyszyło w 4 (=50%) podniesienie się ciśnienia, w 3 (=38%) zmniejszenie, w 1 (=12%) ciśnienie pozostało bez zmiany. Na 7 przypadków z falą zmniejszoną w 4 (=59%) ciśnienie obniżyło się, w 3 (=41%) podniosło się. Z zestawienia powyższego wynika więc, że wysokość fali tętna nie znajduje się w stosunku zależności od wysokości ciśnienia, co zresztą ustalone zostało już od dawna. Wszak wiemy z fizjologji, że wysokość fali jest wyrazem wielu czynników, bo nie tylko zależy od wypełnienia komory lewej i siły skurczu mięśnia sercowego, ale i od stanu naczyń obwodowych, jako też od szeregu technicznych warunków badania. Co się tyczy przyczyny zmiany wysokości fali u chorych podczas operacji, to w niektórych przypadkach i w pewnej mierze zależy to od stopnia wypełnienia lewej komory i od siły skurczu serca, główna jednak i najczęstsza przyczyna, zdaje się, leży w stanie napięcia ściany naczynia, za czem przemawia zmiana charakteru tętna, towarzysząca częstokroć zmianie wysokości. Spłaszczenie wierzchołka, brak podniesienia zwrotnego, podniesienia anakrotyczne występowały w falach o wysokości zmniejszonej, natomiast w razie zwiększenia się fali tętno przyjmowało charakter miękkiego: wierzchołek stawał się

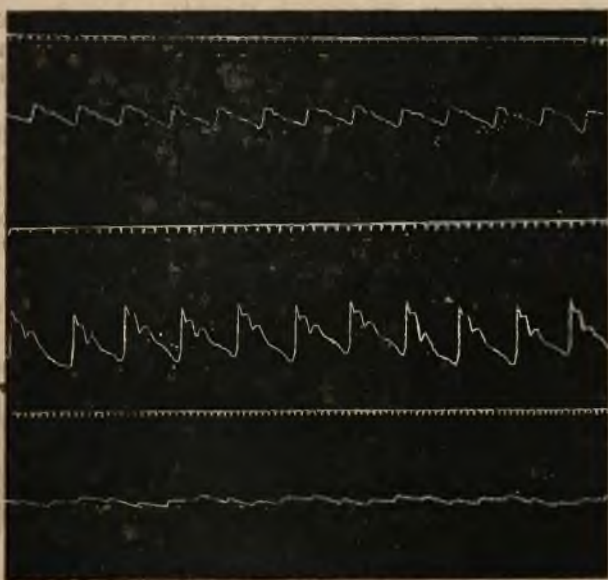
Rys. 7.



Chory lat 30. Appendicectomia. Chloroform + $MgSO_4$ + Morfina. Tętno w chwili usypiania chorego.

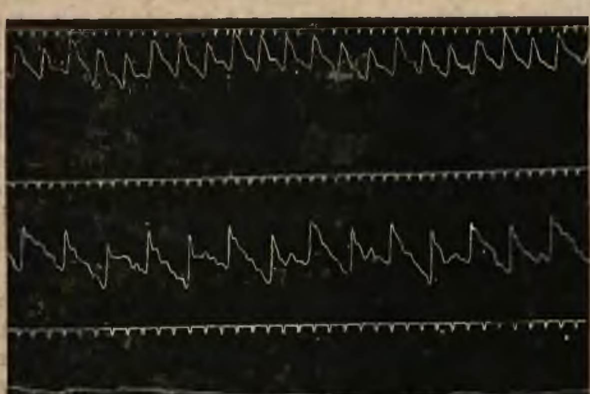
bardziej ostry, podniesienia zwrotne wzrastały aż do występowania tętna dwubitnego. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w przypadku przepukliny pachwinowej, w którym pomimo niezmienionego ciśnienia krwi i tętna, fala uległa dużemu zmniejszeniu, a wierzchołek spłaszczeniu w chwili, gdy skutkiem niezupełnego znieczulenia miejscowego chory poczuł mocny ból przy zakładaniu szwów głębokich. Za przykład podobnej zmienności wysokości fali mogą służyć krzywe tętna na rys. 8 i 9.

Rys. 8.



Chora lat 48. Carcinoma uteri. Hysterectomia totalis. Chloroform. Taśma 1-a — tętno w przeddzień op., Mx 130 Mn 90, taśma 2-a — podczas odłuszczania otrzewnej w dole Douglasa Mx 130 Mn 105, taśma 3-a — po zaszyciu skóry Mx 120 Mn 110, tony słychać b. słabo (pp).

Rys. 9.



Chora lat 25. Mx 105 Mn 85. Ulcus juxtapyloricum. Gastroenterostomia. Znieczulenie miejscowe ściany brzusznej nowokainą z adrenaliną. Taśma 1-a — tętno podczas badania żołądka Mx 140 Mn 110, taśma 2-a — podczas przewlekania żołądka przez otwór w krezce poprzecznicy Mx 140 Mn 110, taśma 3-a — podczas zaszywania otrzewnej ściennej Mx 125 Mn 120.

Powyższe zmiany charakteru tętna nie występowały w znieczuleniu miejscowem. Co prawda, podniesienie się zarówno Mx, jak i PP skutkiem przeżywanego wzruszenia, bólu podczas znieczulania i wstrzyknięcia adrenaliny z nowokainą powodowało na początku zwiększanie się fali, utrzymujące się przez cały czas zabiegu, poza tem jednak charakter tętna nie ulegał w ciągu operacji najmniejszym zmianom. O ile zawodziło znieczulenie i chory zaczynał doznawać bólu, zmieniał się charakter tętna nawet przy niezmienionem ciśnieniu: występowało zmniejszenie się fali i spłaszczenie wierzchołka. c. d. n.

Z praktyki.

Dr. Ad. RACZYŃSKI. Stanisławów.

„Partactwo lecznicze" czy „błąd w sztuce". Dwa przypadki.

Dla zilustrowania tego, co się u nas dzieje w zakresie praktyki dentystycznej, podaję dwa przypadki, które się zakończyły śmiercią z winy partaczy.

I. A. T., lat 30, ewang., wdowa, podaje co następuje: Przed 9-ciu miesiącami cierpiała na silny ból zębów górnych po stronie lewej. O ile sobie mogła zdać sprawę, bolał ją I-szy trzonowy. Zwróciła się do zakładu dentystycznego lekarskiego (nazwiska lekarza-właściciela wymienić nie chce). Ponieważ lekarza samego nie było (jakkolwiek zgłosiła się w godzinach przyjęć, uwidocznionych na wywieszce), zajął się nią »asystent« i orzekł, że ząb nie da się uratować, należy go wyjąć, na co się zgodziła, prosząc o znieczulenie. Znieczulenie wykonał asystent przez posmarowanie dziąsła czemś gorzkiem i przystąpił do zabiegu.

Zabieg szedł ciężko, ząb uległ złamaniu. Po licznych bezowocownych usiłowaniach orzekł, że »ząb jest przyrośnięty«, obecnie wyjąć się nie da, a będzie można to zrobić za parę dni, gdy rana się podgoi a korzenie będą widoczne. Zgłosiła się po kilku dniach, znowu w godzinach przyjęć i znowu lekarza nie zastała.

»Asystent« przedsięwziął próby wyjęcia pozostałych korzeni, jednak bez rezultatu, w końcu orzekł, że należy usunąć ząb przedtrzonowy 2-gi, aby się dostać do zęba złamanego. Na to się chora zgodziła, i to zostało wykonane. Gdy jednakże po tym zabiegu mocno zapuchła i cierpiała bardzo, poszła na 2-gi dzień i znowu lekarza nie zastała, a »asystent« orzekł, że to z »przeciągu albo z przeziębienia«, polecił ciepłe okłady i płukanie szałwją. Gdy środki te nie pomagały i chora drugą już noc nie spała, poszła znowu do zakładu i znowu »asystent« próbował usunąć resztki pozostałe po złamaniu I-szego trzonowego i lapisował; to powtarzało się kilka razy. Gdy stan ten trwał około 9-ciu tygodni, pojechała do Lwowa, zwróciła się do lekarza (nie stomatologa, lecz operatora — nazwiska nie pamięta). Ten skierował ją do zakładu rentgenowskiego, a gdy zjawiła się z powrotem z fotografją, operator orzekł, że kikut złamanego zęba został wtłoczony do jamy nosowej, wobec czego należy przedsięwziąć operację. Ponieważ było jej o tyle lepiej, że bóle ustąpiły, mogła spać, a była jedynie spuchnięta, na operację się nie zgodziła. Następnie nic udawała się do lekarzy przez około 9 miesięcy, w ciągu których stan się znacznie pogorszył; pojawiły się silne bóle strzykające w całej stronie lewej, w skroni, uchu, trudności w otwieraniu ust, obrzęk gruczołów podszczękowych po stronie lewej. To wszystko skłoniło ją do tego, że zwróciła się do kliniki chirurgicznej we Lwowie, gdzie wykonano w znieczuleniu miejscowem śródkierunkowem, z cięcia Diefenbacha, resekcję szczęki górnej lewej, pozostawiając jedynie podstawę kostną oczodołu. Rozpoznanie kliniki brzmiało: *Carcinoma palati duri sinistri.*

Nie ulega wątpliwości, że powstanie tej groźnej choroby chora zawdzięcza zabiegom »asystenta«. Wtłoczony do jamy Highmora kikut złamanego zęba, jako ciało obce, stał się powodem powstania raka. Chora jak dotąd, do mnie się nie zwracała, a uczyniła to obecnie dlatego, że od kilku dni ma szczękościsk i obturatora, który jej we Lwowie sporządzono, do ust włożyć nie może.

Po rozwarciu szczęk rozwieraczem Heistera znalazłem nawrót choroby, chorą skierowałem do Lwowa, gdzie jej stosowano naświetlania promieniami Roentgena. Po 6-ciu miesiącach zejście śmiertelne.

II. B. S. lat 23, mojż., zamężna, podaje że przed 6-ciu tygodniami cierpiała na bóle w szczęce dolnej po stronie prawej; bolał ją ząb I-szy trzonowy. Udała się po poradę do zakładu dent. dra medycyny (nazwiska wymienić nie chce). Lekarza nie zastała w godzinach przyjęć, zajął się nią »asystent«, zaproponował wyjęcie bolącego zęba, na co się zgodziła; znieczulił przez posmarowanie dziąseł czemś gorzkiem, jak sądzi jodyną.

Wyjęcie szło ciężko, ząb uległ złamaniu, a gdy »operator« uchwycił złamany korzeń »przez mięso«, po kilku usiłowaniach, jak się zdawało, korzeń złamany wyjął, przyczem uczuła silny trzask i miała wrażenie, że kość złamał. Od tego czasu cierpi bardzo, rana nie chce się goić, wystąpiło opuchnięcie pod brodą, trudności łykania, a otoczenie żali się, że jej bardzo czuć z ust; jeść nic nie może, żyje płynami, gdyż »nie ma siły w szczęce«, bo gdy chce przygryźć nie stroną bolącą, ale lewą, którą uważa za zdrową, szczęka w czasie gryzienia poddaje się i boli. Zwracała się jeszcze kilka razy do tego zakładu, nigdy lekarza nie zastawała tylko asystenta, a ten jej oświadczył, że to »z przeciągu«, kazał trzymać ciepło, a wszystko przejdzie i będzie dobrze. Stan ten trwa 7 tygodni.

Badanie wykazuje: Temp. 38.6, tętno 94, *foetor ex ore* znacznego stopnia. W przedsionku wargi dolnej, znaczna ilość ropy cuchnącej. Szczęka dolna w całości obrzmiała, zaczerwie-

niona, gruczoły podszczękowe mocno obrzękłe, bolesne. Po wypłukaniu i wystrzykaniu jamy ustnej nadmanganianem potasu, który cuchnienie z ust o tyle zmniejszył, że można się do chorej zbliżyć, widzi się części miękkie i dziąsła szczęki dolnej zaczerwienione, obrzękłe do tego stopnia, że stanowią jednolity, gruby na palec, tak od strony językowej jak i wargowej, wał błony śluzowej, w którym tkwią zęby tak, że widać tylko górne ich krawędzie. Po stronie prawej w okolicy zęba trzonowego pierwszego wielkiego, jama w częściach miękkich w kształcie litery V, głęboka na 2 i pół cm., szeroka 1 i pół cm., o brzegach poszarpanych, pokryta cuchnącą ropą, która mimo wystrzykania wydobywa się dalej. Badanie zgłębnikiem wykazuje kość o powierzchni nierównej, obnażoną na całej przestrzeni od 2-go dwuguzkowca po stronie prawej wzdłuż zębów przednich, aż do 2-go dwuguzkowca po stronie lewej, tak od strony wargowej jak i językowej; wyraźne trzeszczenie tak w miejscu wyjmowanego zęba po stronie prawej, jak i w okolicy zęba mądrości po stronie lewej.

Rozpoznanie: Obustronne złamanie szczęki dolnej.

Złamanie powstało w okolicy wyjmowanego zęba; dlaczego była ruchomość i trzeszczenie po 2-giej stronie, narazie nie było mi jasnem, bo trudno było przypuścić, aby »operator« z taką gwałtownością działał, że był w stanie wywołać obustronne złamanie, a więc nie w miejscu, gdzie były czynne kleszcze »operatora«. Rzecz ta wyjaśniła się później, o czem niżej.

Zgłębnik dawał się wsunąć między części miękkie a kość na głębokość 3—4 cm. tak, że go przy palpacji czuć na zewnątrz, daje się oprowadzić wzdłuż łuku szczęki od miejsca złamania, aż do zęba mądrości po 2-giej stronie, co wskazywało, że całą tę część szczęki należało uważać za jeden wielki martwak. O utrzymaniu tegoż nie mogło być mowy, co chorej oświadczyłem. Wyjęcie martwaka nastąpiło prawie bezboleśnie.



Ryc. 1. Widok z przodu.



Ryc. 2. Widok z tyłu.
(Od str. językowej).

Jak z ryciny widać, cały ten kawał szczęki jest porowaty, zniszczony przez ropę. Ropa z miejsca złamania przeszła wzdłuż części miękkich na stronę lewą, i tu, znalazłszy dobre podłoże, gdyż były tu resztki zniszczonych zębów, drążyła w głąb, tak że w kilkanaście dni po zabiegu, w czasie żucia, szczęka dolna uległa złamaniu.

Pozostałe kikuty szczęki miały również brzegi porowate, gąbczaste, które nożycami kostnemi obciąłem i wygładziłem.

Badając palcem czuje się jakby rynienkę utworzoną z okostnej, w której obumarła kość pływała jakby w wanience pełnej ropy.

Dnia następnego temp. 37.1; chora czuje się lepiej, mimo to podupada znacznie na zdrowiu z powodu złego odżywiania się, gdyż żyje tylko płynami; wykonanie protezy było niemożliwe z powodu kurczenia się rany.

Chora w kilkanaście dni później usunęła się z pod obserwacji, gdyż wyjechała do innej miejscowości. Informacje u krewnych o dalszych jej losach wykazały, że w 3 miesiące później zmarła.

To drugi tragiczny wypadek Zakładu dentystycznego rzekomo lekarskiego, a prowadzonego przez „asystenta". Gdyby w obu tych przypadkach istotny właściciel zakładu, lekarz, choćby trochę wglądał w czynności »asystenta«, a sam nie wiedział, co w danym przypadku ma robić, byłby chorą skierował do kliniki dentystycznej i należy przypuścić, że chore nie byłyby przypłaciły życiem »zabiegów leczniczych«. Tragizm tkwi jeszcze i w tem, że przypadki takie dzieją się bezkarnie. Śmiało możemy powiedzieć, że obie powyższe chore padły ofiarą zakładu lekarskiego prowadzonego przez »asystenta«.

Przypadki te ilustrują stosunki panujące na polu zębolecznictwa. Opisu nie umieściłem w miesięcznikach czytanych przez lekarzy-dentystów jak »Polska Dentystyka«, »Przegląd Dentystyczny«, dlatego, że nam, stomatologom, stosunki panujące na tem polu są aż nadto dobrze znane. Przesłałem to do pisma ogólno lekarskiego w tej myśli, że Polską Gazetę lekarską czyta cały świat lekarski polski, chciałbym więc, aby dowiedziały się o tem Wydziały lekarskie, Izby lekarskie, Ministerstwo Zdrowia Publ., a sądzę, że przecież znajdzie się rada, aby te niezdrowe stosunki poprawić i temu co się dzieje obecnie, kres położyć.

Aby czytający zrozumiał co znaczą wyrazy »asystent«, »operator«, muszę dla nieznających stosunków obecnie panujących w zębolecznictwie, rzecz tę szerzej opisać.

Zębolecznictwo rozpada się na trzy główne działy: 1) Dział operacyjny, do którego należą operacje krwawe jak: usuwanie korzeni, zębów, które już do zachowania w ustach się nie nadają, operacje przetok, guzów i t. p. — 2) Dział zachowawczy czyli leczenie i plombowanie zębów próchnicą dotkniętych i w końcu 3) dział techniczny czyli uzupełnianie braku zębów za pomocą protez kauczukowych, mostków i t. p. Do wykonywania zabiegów wchodzących w zakres pierwszych dwu działów uprawnieni są jedynie i wyłącznie lekarze (leczyć może tylko lekarz), w dziale trzecim pracują lekarze i koncesjonowani technicy dentystyczni.

Miejsca, w których cierpiący na próchnicę zębów lub brak uzębienia szukają pomocy, są to zakłady dentystyczne i to lekarsko-dentystyczne i techniczno-dentystyczne. Właścicielami pierwszych są lekarze (z umysłu nie dodaję tu słowa „dentyści", gdyż, jak doświadczenie uczy, są nimi czasem n. p. ginekolodzy), właścicielami drugich są koncesjonowani technicy-dentystyczni. Gdy chłopiec w niższych klasach szkół średnich »nie chce się uczyć«, oddaje się go na praktykę techniczno-dentystyczną do Zakładu dentystycznego. Praktyka trwa 3 lata, po których uczeń zostaje wyzwolony na technika dentystycznego. Po dalszych 6-ciu latach praktyki w tym zawodzie może się podać do władzy przemysłowej o koncesję na otwarcie zakładu techniczno-dentystycznego (obowiązująca ustawa z b. zaboru austr.). Wyrabianie sztucznych zębów jest przemysłem wymagającym koncesji, podobnie jak otwarcie kawiarni, stolarni, ślusarni i t. p. W myśl § 343 austr. u. k. nie wolno nielekarzom lub niechirurgom zajmować się w sposób zarobkowy leczeniem wogóle. W myśl zaś rozp. austr. ministr. handlu i ministr. spraw wewnętrznych z 20 marca 1892 wolno koncesjonowanemu technikowi dentystycznemu samodzielnie sporządzać sztuczne uzębienia w całkiem zdrowej »gębie«. (Najwyższe postan. z 10 września 1842, dekret nadworny 14 września 1842; rozp. min. spr. wewn. z 7 kwietnia 1895 L. 6881; orzeczenie trybunału adm. z 6 maja 1896 L. 2780). Natomiast nie wolno technikowi dentystycznemu podejmować jakichkolwiek zabiegów w niezupełnie zdrowej jamie ustnej, jeżeli tylko zabiegi te zmieniają właściwości danych narządów, n. p. nie wolno mu spiłowywać zębów, czyścić, plombować i t. p., w przeciwnym razie technik dentystyczny dopuszcza się partactwa lekarskiego; obowiązkiem lekarzy powiatowych jest czuwać nad tem.

W praktyce dzieje się zupełnie inaczej. Technik denty-

styczny, otrzymawszy koncesję, wykonuje zabiegi krwawe, częścią z chęci zysku, częścią dlatego, że działy zębolecznictwa tak są ze sobą złączone, że oddzielić się nie dadzą, bo chcąc n. p. sporządzić ząb ćwiekowy, a więc umocowany w korzeniu na sztyfcie, musi się korzeń zciąć i poddać leczeniu, więc chory musiałby dla leczenia korzenia chodzić do lekarza dentysty a dla zrobienia sztucznego zęba do technika.

Gdy lekarz powiatowy kontroluje czynności technika i grozi odebraniem koncesji, doniesieniem do sądu o partactwo lekarskie, wogóle »szykanuje«, rada na to jest, oto pojawia się anons: Zakład dent.-techn. poszukuje lekarza; chętny zaraz się znajdzie i zostaje zawiązane przedsiębiorstwo na wzór redakcji dziennika, t. zn. technik wykonywa praktykę lek.-dent. (główny redaktor), a odpowiedzialność wobec ustaw spada na lekarza, najczęściej nieobeznanego z tym działem wiedzy lekarskiej (odpowiedzialny redaktor). I przez noc zmienia się wywieszka: dotychczasowy Zakład dentyst.-techn. X. Y. zmienia się na Zakład lekarsko-dentystyczny Dra Z. I dzieje się, że w temsamem mieście przy tej samej ulicy, są dwie wywieszki: jedna brzmi Dr. Z. Y. ord. w chor. wewn. od 2 — 4, a o sto kroków dalej: Zakład dent. Dra (tego samego nazwiska) godz. przyjęć te same, czyli, że jeden człowiek jest obecny w tym samym czasie w 2 miejscach. Przytoczę przykład: Wdowa po urzędniku sądu znalazła się w roku 1915 jako ewakuowana bez chleba na bruku wiedeńskim. Znalazła miejsce jako »panna podręczna« w jednym z zakładów lekarskich. Powróciwszy po 9 miesiącach do swego miejsca zamieszkania, mając te „studja“ za sobą, otwiera zakład dentystyczny. Gdy przypadki podobne, jak dwa wyżej z jej zakładu, zaczęły się pojawiać, i gdy lekarz pow. wglądnął w sprawę, znalazł się lekarz ginekolog, który pozwolił, aby wywieszka opiewała na jego nazwisko. Rzecz załatwiona. Panna podręczna może dalej »leczyć«, nieść pomoc cierpiącej ludzkości. Po śmierci ginekologa objął tę rolę inny lekarz i rzecz istnieje po dziś dzień. Nic to nie przeszkadza, że lekarz ten był równocześnie lekarzem kolejowym z siedzibą w innem mieście. Ile ulgi przyniosła cierpiącej ludzkości „lekarka z Wiednia“ w postaci przypadków wyżej opisanych, wiedzą o tem 4 ściany pokoju, w którym się to odbywało. Przypadków takich możnaby przytoczyć setki. Tu inicjatywa wyszła ze strony »panny podręcznej« lub technika dent. Dzieje się jednak czasem i odwrotnie. Lekarz X. Y. pewnego dnia powiada sobie: Co mi to szkodzi zwiększyć moje dochody bez żadnej pracy i wysiłku z mej strony — otworzę zakład dentystyczny. Nic łatwiejszego w świecie. Jedzie się do Wiednia po krzesło dentystyczne, po parę kleszczy i innych narzędzi, a ponieważ sam nie wie, co do prowadzenia zakładu jest potrzebne, znajdzie się usłużny reprezentant firmy, który już setki takich spraw załatwiał, on wybiera potrzebne narzędzia i zakład gotów.

Otworzyć Zakład szewski, krawiecki, to rzecz daleko trudniejsza: trzeba przedłożyć Starostwu świadectwo uzdolnienia, starać się o koncesję, tu o uzdolnienie nikt nie pyta, byleby były literki» Dr. Med.«. Teraz pojawia się inserat w gazetach: »poszukuje się technika dent. pracującego samodzielnie w operatywie«; taki się zgłasza, daje mu się szumny tytuł »asystenta« i zakład gotów. Jeśli dający firmę ma czas i ochotę, przypatruje się temu, co »asystent« robi, a ponieważ sam nie ma żadnego wyszkolenia, więc nie wie, co się robi i czy się dobrze robi. Ponieważ równocześnie jest n. p. lekarzem kolejowym, lekarzem kasy chorych, a że lubi polowania (autentyczne), więc nie ma czasu nawet na to, aby od czasu do czasu zaglądnąć, co »asystent« robi. „Asystent“ zwolna staje się panem sytuacji, każe się tytułować »doktorem«, wykonuje zabiegi krwawe, słowem wszystko. Dwa wyżej opisane przypadki — to ofiary takich zakładów.

Najnowszy wynalazek ostatnich czasów — to wydzierżawianie Zakładów dent. W wojewódzkiem mieście b. Galicji umiera lekarz-dentysta. Wdowa po zmarłym umieszcza w miejscowym dzienniku inserat: »Zakład dent. po zmarłym Drze G. prowadzony będzie nadal pod fachowem kierownictwem«. To fachowe kierownictwo, to techn. dentystyczny. Gdy wglądnął w to lekarz powiatowy (na skutek interwencji lekarzy dent.), znalazł się kapitan lekarz, który wziął na siebie rolę właściciela Zakładu. Jak to uzasadnić równocześnie jest w szpitalu wojskowym i w zakładzie, to jego tajemnica; literze prawa stało się zadość. Głośną we Lwowie była niedawno sprawa wydzierżawienia Zakładu dent. przez lekarza dwom technikom dentystycznym „za dolary“.

Zaiste nie do pojęcia, dlaczego właśnie ten dział wiedzy lekarskiej jest tak traktowany. Dlaczego n. p. okuliście nie przyjdzie na myśl przyjąć i wyszkolić »technika okulistycznego«, któryby robił zakraplanie, przewiązki, sondowanie kanału nosołzowego i t. p. zabiegi, którychby się technik okulistyczny mógł nauczyć w ciągu 4 tygodni.

Przykładów takich możnaby przytoczyć bez końca, sądzę jednak, że przytoczone wystarczą, aby sobie czytelnik wyrobił zdanie, że tak dalej być nie może, że trzeba zwołać ankietę, któraby powzięła pewne uchwały, któreby czyto uchwałą Sejmu czy też w drodze rozporządzenia Ministertwa stały się prawomocne.

Rozporządzenie dla techników-dentystycznych opiewałoby następująco: »Ponieważ technika dentystyczna żadną miarą nie da się oddzielić od zębolecznictwa, a ponieważ leczyć może jedynie lekarz, a więc człowiek, który odbył studja lekarskie (dr. medycyny), dlatego wydawanie koncesyj technikom dentystycznym na prowadzenie zakładu dentystyczno-technicznego wstrzymuje się«.

Co do tego istnieje wprawdzie okólnik b Dyrektora okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie, wydany już za czasów polskich, bo w dn. 9. VIII 1919, który opiewa: »Do Panów kierowników starostw i lekarzy powiatowych. Ministerstwo Zdrowia publicznego dnia 26 czerwca 1919 N. X. 20.598|19. Samodzielną praktykę techniczno dentystyczną mogą wykonywać prócz lekarzy także ci technicy dentystyczni, którzy otrzymali do tego koncesję od władzy przemysłowej. W oczekiwaniu ustawowego uregulowania sprawy techniki dentystycznej w całem Państwie, wydawanie nowych koncesji wstrzymuje się po porozumieniu w tej sprawie Delegata generalnego ze mną, zastrzegając tylko wyjątkowe udzielanie tych konsesji w wypadkach na szczególne uwzględnienie zasługujących, przy czem ma być miarodajną opinja tutejszego urzędu«.

Pismo to wyszło z byłego Namiestnictwa, a ponieważ obecnie Województwa objęły agendy b. Namiestnictwa, sądzę że obowiązuje ono obecnie Województwo. Co znaczą słowa »w wypadkach na szczególne uwzględnienie zasługujących»? Gdyby rozporządzenie w przedmiocie udzielania koncesji przewidywało, że starający się o koncesję muszą mieć bodaj 5 klas szkół średnich lub maturę, wówczas ten, który ma maturę zasługiwałby »na szczególne uwzględnienie« przed tym, który ma tylko 4 klasy ludowe, ale w rozporządzeniu tego postanowienia nie ma, wymaga się jedynie 3 lat terminowania, 3 lat praktyki u lekarza i 3 lat u technika; któż jest więc tym wybranym?

W międzyczasie wydano koncesyj bez liku, a jednym z tych wybranych, który zasługiwał »na szczególne uwzględnienie«, to obecny technik dentystyczny, przedtem służący u jednego z lekarzy-dentystów.

Sądzę, że po przeczytaniu tego artykułu łatwo dojść do wniosku, że stosunki panujące są nieznośne i że trzeba je niezbędnie uzdrowić, że nie można zębolecznictwa traktować jako »interes«. Nie można patrzeć na to obojętnie, aby zdrowie, lub nawet, jak w opisanych 2 wypadkach, życie ludzkie padało ofiarą dlatego, że ktoś, bez trudu, kosztem zdrowia drugich, chce mieć dochody. Gdyby sprawa poszła na drogę sądową, znawcy orzekliby, że to »partactwo lecznicze« gdyż dopuścił się czynu nie lekarz. Mnie się zdaje, że jest tu »błąd w sztuce«, bo działał w imieniu lekarza »asystent«.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Z. LEŃKO. Lwów.

Usuwanie kamieni (ciał obcych) pęcherza moczowego.

(Z oddziału moczochirurgicznego państwowego Szpitala powsz. we Lwowie. Prymarjusz Dr. L e ń k o).

Ciąg dalszy.

Wykonanie kruszenia.

Prawie przy żadnej operacji nie zależy tak na wprawie

rurgji, jak właśnie tutaj. Zdarzało się, że jeden zostawił kruszenie niedokończone z powodu piętrzących się trudności i bólów nieuśpionego chorego, inny, wprawny, dokończył je pięknie, bez przeszkód i dolegliwości dla operowanego (l. p. 28).

Potrzebne narzędzia są: 1) Zgłębnik do kamieni; zgłębniki o wielkiej krzywiźnie Béniqué, 23—28 skali franc.; dwa kruszydła różnej grubości i ewentualnie ramasseur, kruszydło o dzióbie kaczki; miękkie cewniki i elastyczne zakrzywione, 20—22 skali franc.; metalowe cewniki do aspiracji Nr. 22, 24, 26 i 27 sk. fr. z przetyczką; dwie 100 gr. wyjałowione strzykawki; balon Bigelowa, koszyk na cewniki. 2) Leki: do lawatywy 1—2 gr. antipiryny i nalewka makowcowa 15 kropli na 100 gr. wody; do znieczulenia cewki: 3–5 gr. 4% nowokainy, pęcherza 100 gr. 0.5% nowokainy; rozczynu 1‰ lapisu 1 litr; 3% kwasu borowego 5 l.; rozczynu adrenaliny 1 : 1000 kilkanaście kropli. 3) Bielizna wyjałowiona, płaszcze, rękawiczki, kompresy, gaziki.

W części żeńskiej dzióba kruszydła według Reliquet Thompsona, powinny się znajdować przegródki i otworki; pyszczek kaczkowaty ma część żeńską łyżkowatą bez okienek. Leiter wprowadził przy narzędziach Thompsona i Weissa pewną zmianę, polegającą na tem, że wyżłobienie w trzonie części żeńskiej nie jest walcowate, lecz czworoboczne z wypustką, część męska jest też czworoboczna. Kruszydło staje się przez to wytrzymalsze, niż okrągło żłobione, znosi większy opór, ponieważ męska część bardzo dokładnie posuwa się w wydrążeniu. Na obwodowej części znajduje się śruba, która zapomocą kółka (volant), daje się obracać a przez guzik względnie łuk tak włączyć, że ruch kółkiem zbliża lub oddala od siebie ramiona dzióbka. Cewnik do wypróżniania czyli ewakuacji ma obszerne światło i wielkie ogładzone okienko, jest o małej krzywiźnie i krótkim dzióbie a dla prostatyków o długim dzióbie i wielkiej krzywiźnie; do niego należy przetyczka (mandrin) do wypychania uwięźniętych kamyków, z częścią dośrodkową w kształcie sprężyny z drutu spłaszczonego. Specjalną odmianą przyrządu jest cewnik i cystoskop zarazem według Nitzego, później Moszkowicza, dla oglądania wnętrza pęcherza podczas i po wypróżnieniu, przez co oszczędzamy choremu jeszcze jedno lub kilka wprowadzań narzędzia. Balon nowoczesny do aspiracji można wygotować; nie powinien on mieć żadnych wentylów; wzór według Krausa ma tę zaletę, że z pęcherza i z balonu wypędzamy powietrze, jeżeli balon napełniamy.

Pewne udoskonalenie kruszenia dają przyrządy Younga, kruszydło, cewnik do wypróżniania i cystoskop w jednem narzędziu. Kruszydło jest w kształcie cewnika, przez który usuwamy okruchy po skruszeniu kamienia a następnie wkładamy cystoskop, by naocznie przekonać się o zupełnem uwolnieniu pęcherza z wszelakiej treści. W rękojeści znajduje się automatyczny wentyl do zamknięcia odpływu; po kruszeniu usuwamy jedną nasadkę a przykładamy łącznik z balonem. W części pośredniej przy balonie jest rodzaj metalowego grzebienia, który nie przepuszcza okruchów do balonu, lecz skierowuje do szklannej kuli u spodu. W ciągu całego posiedzenia wystarczy jednorazowe wprowadzenie przyrządu.

Przygotowanie chorego odbywa się według zasad, obowiązujących przy każdej innej bezgnilnej operacji.

Szczegółowemu badaniu poddajemy ogólny stan ustroju i działamy zależnie od wyniku. Trwożliwych powinno uspokoić zapewnienie, że kruszenie to zabieg bez tnących narzędzi; przeciw wzmożonej wrażliwości, mającej swe źródło w zmianach organicznych serca i naczyń, działa uspokajająco kilkodniowy odpoczynek i leki wzmacniające mięsień sercowy. Wypróżnienie jelit, ciepła kąpiel dla podniecenia czynności skóry, są wskazane. Przez kilka dni podajemy środki odkażające drogi moczowe, ewentualnie wapień mlekowy (*calcium lacticum*), dla obniżenia skłonności do krwawienia. Bacznej uwagi wymagają nerki, gdyż uraz operacyjny na ten właśnie narząd najsilniej oddziaływa, wywołując odruchowo wstrząs. W razie stwierdzonej niedomogi nerek, działa dobrze jako leczenie przygotowawcze cewnik komornem kilka dni i ograniczenie chorego wyłącznie na odżywianie się mlekiem; przy obrzękach lub innych oznakach zaburzenia sprawności, trzeba leczeniem wstępnem uzyskać poprawę stanu przed zabiegiem. Przygotować trzeba i pęcherz, który często wskutek ciała obcego jest szczególnie wrażliwy, skąd wynikają trudności podczas operacji; pozostawienie pęcherza w spokoju przez ciągły odpływ cewnikiem, płukanie kilka razy dziennie, usuwa stan zapalny i podwyższa pojemność choćby do 100 cm. sz., która jest pożądana. Jeżeli pojemność jest tak mała, że płukanie jest niemożliwe, wkraplamy 0.5—1% rozczyn azotanu srebrowego lub 10–20% gomenolu w oliwie. Przy moczu amoniakalnym, tak częstym u fosfatyków, należy przez podawanie leków (3—5 gr. natrii salicyl. dziennie) i kwaskowatych płynów, nadto 1‰ rozczynu kwasu solnego osiągnąć oddziaływanie kwaśne, a conajmniej obojętne.

Jeszcze kilka słów o przygotowaniu do kruszenia kamienia u djabetyków. Wiadomo, że z przerostem sterczu często idzie w parze cukrzyca, w sterczu też leży przyczyna utworzenia się kamienia. Jeżeli u djabetyków każdy zabieg, z powodu niebezpieczeństw uśpienia i wzmożonej podatności tkanek do zakażenia, daje powód do troski, tem bardziej konieczna jest ostrożność przy operacji w pęcherzu, gdzie zakażenie postępujące może sprowadzić bardzo rozległe zniszczenie. Zasadą powinno być w każdym przypadku kamienia zbadanie moczu na obecność cukru, acetonu lub kwasu acetooctowego. Przy stwierdzonej cukrzycy trzeba djetą obniżyć ilość cukru, a przez podawanie dwuwęglanu sodu usunąć ewentualnie aceton i kwas acetooctowy. Zamiast uśpienia należy użyć miejscowego znieczulenia. Także podczas następowego leczenia należy kontrolować ilość cukru i przepisać stosowne pożywienie.

Przygotowanie przedoperacyjne cewki polega na uczynieniu jej drożną dla wymiaru około 26 sk. fr.; wąskie zewnętrzne ujście najlepiej przeciąć a błonę śluzową cewki przyszyć do powierzchni żołędzi (lp. 121); zwężenie cewki, o ile nie rozszerzy się po założeniu cewnika na stałe, trzeba usunąć nacięciem od wewnątrz. Nawet przy dość szerokiej drodze w zupełnie niepowikłanych przypadkach, uzyskujemy podatność i miękkość tkanek przez założenie cewnika na dobę przed operacją. U prostatyków nie wystarcza doba, trzeba kilku dni, a zapaleniu cewki w takich razach zapobiega się codziennem oczyszczaniem cewki i cewnika i przepłukiwaniem pęcherza kilka razy dziennie. Przy swobodnej cewce u prostatyków bez zboczeń w części opuszkowej lub sterczowej, przygotowanie cewki jest zbyteczne.

Znieczulenie.

Pierwotnie odrzucali operatorowie przy kruszeniu wszelkie znieczulenie, bo oznaki bólu operowanych zdradzały, czy nie uchwycono błony śluzowej w kruszydło; później uważano ogólne znieczulenie właśnie za konieczne, by chorzy nie przeszkadzali podczas kruszenia parciem lub odruchowemi kurczami pęcherza. W najnowszych czasach wolą operatorowie obchodzić się bez wszelkiego znieczulenia; Blum przyjmuje, podobnie jak to czyni szkoła Guyona, i jak my postępujemy, że wszystko zależy od zachowania się pęcherza; jego tolerancja rozstrzyga, albowiem gwałtowne kurcze podczas posiedzenia, nietylko utrudniają ruchy kruszydłem, lecz kryją niebezpieczeństwo dla całości pęcherza. Ogólne uśpienie stosujemy tam, gdzie skurcz zwieracza uniemożliwia wprowadzenie przyrządu, a szczególniejsza wrażliwość osobnika każe przewidywać, że bez uśpienia nie będziemy mogli spokojnie pracować. Uśpienie musi być głębokie, tak podczas samego chwytania i kruszenia, kiedy czucie na dotyk kruszydłem lub ostremi odłamkami powinno być zniesione, jak podczas pompowania. Wrażliwość na rozszerzanie pęcherza jest szczególnie żywa i jeżeli chory wówczas nie śpi głęboko, każda próba wciskania wody balonem wywołuje odruchowo gwałtowne skurcze; przezwyciężenie ich za wszelką cenę balonem, może mieć fatalne następstwa dla całości pęcherza.

W ostatnich czasach znalazło dość szerokie zastosowanie epiduralne znieczulenie, wstrzyknięcie około 40 cm^3 0.5% nowokainy z adrenaliną do kanału kości krzyżowej.

Miejscowe znieczulenie osiągamy też przez wstrzyknięcie do odbytnicy, na pół godziny przed zabiegiem, najwyżej 2 gr. antipiryny z nalewką makowcową. Tuż przed wprowadzeniem narzędzia wstrzykujemy do cewki 3—5 gr. 4% nowokainy z kilkoma kroplami rozczynu adrenaliny; pęcherz po wypłukaniu napełniamy 100 cm³ 0.5% nowokainy z adrenaliną. Znieczulenie tym sposobem jest zupełne a może być niewystarczające tylko podczas pompowania, wtedy więc oddaje dobre usługi sposób Guyona, chloroforme à la reine, który polega na tem, że dajemy w tym czasie choremu wdychiwać głęboko kilka kropel chloroformu nalanych na maskę.

Bezgnilne postępowanie przy kruszeniu.

Wyniki operacyjne stały się prawdziwie dobre dopiero, gdy zastosowano przy kruszeniu tesame przepisy nowoczesnej aseptyki, które obowiązują przy wszystkich operacjach wogóle. Lekarze muszą się przygotować jakby do laparotomji, a czystość chirurgiczna obejmuje pole operacyjne, pęcherz, przyrządy, przybory i środki lecznicze. Narzędzia, strzykawki, balon, gotujemy 20 minut, rozczyny wyjaławiamy w kolbkach. Powłoki brzuszne, części płciowe, kroczе, uda, po ogoleniu namydlamy i wycieramy benzyną i rozczynem sublimatu; kompresami obścielamy ciało. Cewkę oczyszczamy ze śluzu lub ropy kilkakrotnem płukaniem ciepłą wodą borową lub oksycyjankiem rtęci 1:3000, pęcherz podobnie, aż odpływać będzie płyn zupełnie czysty. Wiele zależy od stosownego ułożenia chorego na stole, z podwyższonemi krzyżami; chory leży na grzbiecie z udami w biodrach nieco zgiętemi, odchylonemi od siebie i podpartemi.

Właściwa operacja dzieli się na dwa główne okresy: kruszenie i aspirację czyli usunięcie odłamków.

Wprowadzenie kruszydła.

Przed posiedzeniem należy wypróbować, czy kruszydło jest dobre a obie części dają się lekko poruszać. Nasmarowane gliceryną lub parafiną, zamknięte kruszydło wprowadzamy według zasad wprowadzenia stałych narzędzi do pęcherza, bez użycia siły, jakby własnym ciężarem instrumentu. Dowodem dobrego wprowadzenia są swobodne ruchy dzióbkiem w pęcherzu. Obracając przyrząd delikatnie, ewentualnie o 180°, staramy się dotknąć kamienia, co się zdradza charakterystycznem uczuciem albo szmerem uderzenia metalu o coś twardego.

Chwycenie kamienia.

Mamy kilka sposobów dostania kamienia pomiędzy ramiona dzióbka:

1. W położeniu, jak po wprowadzeniu, rozszerzamy ramiona kruszydła jak najbardziej, by jedno oparło się o spojenie łonowe, drugie o tylną ścianę pęcherza, poczem zwracamy przyrząd w kierunku, gdzieśmy czuli kamień, i próbujemy chwycić go trzymając rękojeść mocno lewą ręką a prawą przesuwając część męską, aż uczujemy wyraźnie opór ściśniętego ciała obcego. Nie ruszając ustalamy kruszydło łukiem lub guzikiem; lewą ręką wracamy w położenie zasadnicze t. j. jak przy wprowadzeniu, a prawą obracamy kółko na prawo czyli w kierunku jak posuwa się wskazówka zegara.

2. Ramię męskie pozostaje przy przedniej ścianie pęcherza przy spojeniu łonowem, żeńskie odsuwamy ku tylnej ścianie, następnie przez przesunięcie jego ku spojeniu, staramy się chwycić kamień. Ten manewr oddaje dobre usługi zwłaszcza przy małych kamieniach i wyłapywaniu ostatnich okruchów, ponieważ pozwala na systematyczne obszukanie wszystkich odcinków pęcherza.

3. Gdy mamy przed sobą wielki stercz, zwracamy po wprowadzeniu dziób na dół; część męską zostawiamy w spokoju a odsuwamy żeńską; czasem jesteśmy zmuszeni w tem ustawieniu przyrządu po chwycie kruszyć, choć powinno się zwyczajnie każdym razem po chwycie zwracać dziób ku górze, gdy przychodzi śrubę skręcić dla kruszenia.

4. Doskonałym sposobem chwytania kamyków małych lub ukrytych poza środkowym płatem powiększonego sterczu, jest tworzenie lejka w pęcherzu podane przez Ultzmanna. Wskutek podniesienia wysoko krzyżów przesuwa się kamyk lub jego okruchy z zagłębienia za gruczołem ku tyłowi i górnej części pęcherza; podniesieniem rękojeści wgłębiamy wypukłą częścią kruszydła tylną część ściany, tworząc zeń lejek, w który jako najniższe miejsce, zesuwa się pomiędzy otwarte szczęki ciało obce pęcherza.

Są to 4 bezpośrednie chwyty kamienia.

5. Szkoła francuska, zwłaszcza Guyon opisuje »pośredni« chwyt, sposób polegający na tem, że na tylnej ścianie pęcherza otwieramy kruszydło a drugą ręką uderzamy o miednicę; wskutek wstrząśnienia zsuwa się kamyk pomiędzy szczęki, jako miejsce najniższe.

Gdybyśmy wstrzyknęli do pęcherza za wiele płynu w tem mniemaniu, że uzyskamy większą swobodę ruchów, to w rzeczywistości osiągnęlibyśmy wprost przeciwny skutek, gdyż z powiększeniem objętości pęcherza ponad 100 cm. sz. zwiększylibyśmy łatwość ześlizgiwania i wymykania kamyczków w wolnej przestrzeni.

Kruszenie.

Nietylko pierwszy chwyt lecz i dalsze wynajdywanie i zmniejszanie okruchów, musi odbywać się według ścisłych prawideł. Po każdym chwycie należy systematycznie wracać do zasadniczego położenia kruszydła, byśmy, nawet gdy nie zdołano uniknąć chwycenia fałdu błony śluzowej, ustrzegli ją przed zgnieceniem razem z kamieniem. Ruchy zwrotne na środek pęcherza są na to, by przypadkiem chwycona ściana pęcherza mogła się wymknąć. Obrót kółkiem wywiera za pośrednictwem śruby tak silny ucisk pomiędzy zębami szczęk, że zęby wrzynają się w kamień i zgniatają go, gdy jest nieco twardszy wśród słyszalnego głośnego trzasku. Jeżeli ramiona zbliżą się zupełnie, albo już nie czujemy niczego pomiędzy niemi, otwieramy prawym lub lewym kciukiem zamek, szukamy nowych odłamków, co już zwykle łatwo przychodzi i zgniatamy je na miał. Jeżeli chwycimy wielki kamień w niekorzystnym wymiarze, poza sferą działania śruby, albo kamień okaże się zanadto twardy, kruszymy go zapomocą uderzeń młotkiem w trzon części męskiej. Przy zbyt twardych kamieniach uderzamy krótko i silnie w otwarty przyrząd przytrzymany silnie za rekojeść w lewej pięści, a to nie w celu rozbicia kamienia, lecz by przez gwałtowne wstrząśnienie cząstek, zmienić stan jego skupienia, co umożliwi następnie zmiażdżenie. Fosforany są czasem tak miękkie, że wystarcza zgniatanie kruszydłem rękami bez użycia śruby.

Gdy kruszenie trwało pewien czas n. p. 15 minut, otrzymujemy tyle okruchów, że swobodne ruchy w pęcherzu stają się niemożliwe; jestto pora, by zamknięty przyrząd wyjąć, wprowadzić cewnik do aspiracji i najpierw strzykawką a później balonem, wypompować miał i okruchy. Jeżeli przy końcu pompowania biły o ścianę cewnika odłamki, które nie przedostały się przez okienko, trzeba bezpośrednio powtórzyć manewr kruszenia i usuwania.

Idealne kruszenie polega na jednorazowem tylko wprowadzeniu kruszydła i usunięciu wszystkich okruchów a udaje się najłatwiej przy moczanach nie większych, jak orzech włoski (w mojej statystyce na 64 kruszeń 21 razy).

Dla miażdżenia wielkich i twardych złogów, które opierają się zwykłemu działaniu śruby, podał Sinicin sposób, polegający na chwyceniu kamienia w jakimkolwiek wymiarze, zamknięciu zasówki i silnem skręceniu kółkiem. Przeczekawszy kilka minut zauważamy, że kamień tak ściśnięty nagle poddaje się wśród głośnego trzasku. Dalszy ciąg kruszenia przebiega już w zwykły sposób bez trudności.

Wypróżnienie.

Aż do wynalazku Bigelowa kończyła się operacja na skruszeniu kamienia i zmiażdżeniu okruchów; sprawę wydalania pozostawiało się pęcherzowi podczas oddawania moczu. Łatwo sobie wyobrazić, jakie bóle sprawiało wydostawanie się ostrych odłamków przez całą długość cewki. Zatrzymanie moczu, gorączka, stan gnilny, były prawie zawsze nieodłącznem następstwem takiego sposobu postępowania. Nowoczesne wypróżnienie pęcherza jest dopiero wówczas skończone, skoro zupełnie nic z ciała obcego nie zostało w pęcherzu.

Jeżeli kruszeniu towarzyszy krwawienie z cewki lub pęcherza, nie powinniśmy przedtem przestawać płukać strzy-

kawką, aż płyn nie będzie wracał prawie czysty. Pompowanie przy skrzepach byłoby utrudnione, ponieważ włóknik zlepiałby okruchy a te zatkałyby oczko i cewnik. Płukanie strzykawką daje równocześnie miarę rzeczywistej pojemności pęcherza w tym okresie operacji; nie wolno bowiem zakładać balonu podczas podrażnienia pęcherza, gdy nie znosi rozdęcia. Byłaby to właśnie chwila, kiedy powstaje pęknięcie pęcherza. U nieuśpionych należy przeczekać, wezwać ich by nie parli, lub dać im kilka kropel chloroformu; u uśpionych trzeba sen pogłębić. Balon przytykamy do cewnika ustalonego silnie lewą ręką, po wstrzyknięciu do pęcherza około 50 cm^3 płynu i najpierw ściskamy go w dłoni, później nagle przestajemy ściskać, przez co wciąga się z najbliższego otoczenia okienka okruchy do szklanej kuli. Pompujemy tak długo, jak tylko wydostają się odłamki, poczem obracamy cewnik z zasadniczego położenia we wszystkich kierunkach pompując równocześnie, byśmy wydostali resztki ze wszystkich zaułków, uchyłków i z pod beleczków pęcherza. V. Frisch radzi przy trudnej ewakuacji, gdy balon jest ściśnięty, równocześnie obracać cewnik, by całe wnętrze pęcherza poddać ujemnemu ciśnieniu próżni i zewsząd wyciągnąć z płynem odłamki. Gdyby pęcherz oddziaływał na pompowanie bardzo gwałtownie, trzeba je przerwać i przeczekać, później użyć strzykawki i powoli wrócić do balonu. Jeżeli balon ściśnięty nie rozdyma się, znaczy to, że albo okienko dotyka błony śluzowej, albo kamyk zatkał cewnik lub okienko. W pierwszym przypadku wystarcza wsunąć cewnik i podnieść część obwodową; zatykający kamyk można popchać przetyczką, ale przy tem może tensam kamyk zaklinować się ponownie, lepiej więc cewnik wyjąć razem z okruchem, o ile sądzimy, że nie wystercza z oczka albo tylko bardzo mało. Jeżeli balon wykonuje drgające ruchy, znaczy to, że błona śluzowa lub fałd sterczu zatkał okienko; wystarczy wsunięcie nieco cewnika, by usunąć to zjawisko. Gdy odłamki uderzają o okienko bezskutecznie i nie przepływają do kuli, jest to dowodem, że są za wielkie i należy je zmniejszyć. Wypróżnienie jest wówczas skończone, gdy okruchy już nie odchodzą, a podczas pompowania nie czujemy ani nie słyszymy uderzeń przy przesunięciach i obrotach cewnika. Cewnik usuwamy po stwierdzeniu przy pomocy przetyczki, że nie jest zatkany.

Rewizja.

Do przekonania się, czy w pęcherzu a przedewszystkiem za sterczem, niema żadnych pozostałości, służy oprócz dowodu ze zjawiska czuciowego i słuchowego podczas pompowania, badanie zgłębnikiem do kamieni, lepiej jeszcze cystoskopem. Tuż po kruszeniu jest oglądanie pęcherza możliwe tylko w przypadkach bezkrwawego przebiegu, zwyczajnie zaś po 3, 4 dniach, kiedy obraz w pęcherzu stanie się wyraźny.

Bezpośrednie leczenie następowe.

Wyciągając metalowy cewnik, przepłukujemy azotanem srebra pęcherz a cewkę od tyłu ku przodowi i w przypadkach idealnego kruszenia, przy niezakażonym poprzednio pęcherzu, jest dalsze leczenie zbyteczne. W przeważnej liczbie kruszeń przebieg jest bez powikłań a wyzdrowienie następuje, jeżeli pęcherz czysty zostawimy w spokoju. Przy krwawieniu podczas kruszenia, zapaleniu poprzedniem pęcherza, trzeba cewnik zostawić komornem, każdego dnia kilka razy przepłukać pęcherz i urządzić stały odpływ moczu do flaszki. W pierwszych godzinach i dniach odpływa jeszcze nieco piasku, trochę krwi i śluzu. Cewnik zostawiamy dopóki mocz się nie oczyści; przed wyjęciem zatykamy cewnik na 2 do 3 godzin na dobę dla przekonania się, czy pojemność pęcherza będzie wystarczająca. Jeżeli operowany nie gorączkuje, czuje się dobrze, może po 3, 4 dniach opuścić łóżko. Po kruszeniu otrzymuje chory sporo płynów do picia, dla wzmożenia odporności przeciw zakażeniu moczowemu; uważamy na serce i na płuca; dozwolone są pokarmy dobrane, należyte wypróżnienie jelit jest konieczne. Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Aleksander M a c i e s z a. **Praca naukowa lekarza na prowincji.** (Odbitka z »Nauki polskiej«. Tom IV. 1923).

Powojenny zastój w polskiej medycynie i niemowlęce pierwsze chwile naszych nowych warsztatów naukowych nietylko szczęśliwie już minęły, ale nawet ponad oczekiwanie szybko i z żywiołowym wprost rozmachem idzie teraz praca na wszystkich polach. Dość wskazać na liczne naukowe zjazdy specjalistyczne, odbyte w roku ubiegłym i bieżącym, na coraz natarczywsze nawoływania do wznowienia ogólnych Zjazdów przyrodników i lekarzy polskich, na rozpoczęcie szeregu wydawnictw o charakterze archiwalnym w różnych gałęziach, na ruchliwość niektórych, zwłaszcza najmłodszych, naszych Towarzystw lekarskich prowincjonalnych, na zawiązywanie się coraz to nowych zrzeszeń naukowych lekarskich. Cały ten ruch musi się jednak pogłębić, a przedewszystkiem rozszerzyć, to znaczy wciągnąć doń nietylko wszystkie większe środowiska, ale także ogół naszych lekarzy.

Aby ten cel osiągnąć, trzeba odpowiedniej organizacji Przebywaliśmy już, na mniejszą skalę, a w warunkach bez żadnego porównania gorszych, za czasów niewoli, chwile podobne. I zawsze mieliśmy to szczęście, że w naszych lekarskich kołach znaleźli się ludzie, zdolni odczuć doniosłość chwili, podać trafne środki, a co najważniejsza, przykładem swoim pociągnąć. Najpiękniejsze tego przykłady były bodaj zawsze w dawnym zaborze rosyjskim. W stolicy — okres Szkoły głównej, działalność Chałubińskiego, Hoyera, Brodowskiego, Baranowskiego; na prowincji, działalność Podolskiego Towarzystwa lekarzy polskich, Baranieckiego, Kremera, Rollego, potem w Częstochowie — Biegańskiego. Jeszcze w r 1902, a potem w r. 1911 apostołował Biegański słowem i piórem pracę naukową lekarza prowincjonalnego, której sam był tak wspaniałym i szczytnym wzorem.

Na dzisiejszą chwilę pierwszym następcą tego apostolstwa staje się dr. Maciesza, którego niewielka rozmiarami, ale ważna treścią rozprawka powinna dojść do wiadomości lekarzy naszych, pracujących w małych nawet zakątkach. Tych przynajmniej, którzy mają coś więcej w duszy i coś więcej na celu nad zwykłą pracę zarobkową.

Dr. Maciesza zestawia krótko dotychczasową działalność polskich lekarzy prowincjonalnych nietylko w zakresie nauki lekarskiej, ale także w różnych innych dziedzinach wiedzy. A wynik tego obrachunku jest pokaźny i dla lekarzy polskich bardzo chlubny; wskazuje on zarazem, ile przy dobrej woli zrobić można. W historji nauk w Polsce pozostanie trwale zapisanych wiele nazwisk lekarzy; spotkamy je i w dziedzinie filozofji (Biegański, Biernacki) i historji (Dr. Antoni J. [Rolle]) i nauk przyrodniczych (Dybowski — zoologja, Sznabl, Dziedzicki — entomologja, Talko-Hryncewicz, Olechnowicz, Rutkowski, Maciesza i i. — antropologja, Matlakowski, Udziela, Malewski, Lasocki — etnografja, Chałubiński, Błoński — botanika, Jędrzejewicz — astronomja). A ileż w tej pracy nieraz świętego ognia! Matlakowski stygnącą już ręką, dręczony krwotokami i obawą, że śmierć nie dozwoli mu skończyć pracy, pisał ostatnie swe dzieła etnograficzne; Rutkowski w czasie uciążliwych jazd do chorych na chłopskim wozie kreślił swe zapiski. A przecież badaniom Rutkowskiego przyznaje znakomity antropolog prof. Czekanowski »olbrzymie znaczenie dla zagadnienia stosunku zachodzącego między szlachtą a ludem« i uważa je za »etap w rozwoju poglądów na stosunki antropologiczne Polski«.

W drugiej części swej rozprawy podaje dr. Maciesza środki, które jego zdaniem pozwoliłyby dzisiejszemu pokoleniu lekarzy prowincjonalnych osiągnąć podobne, albo i jeszcze większe wyniki ku ich własnej chlubie, a ku wielkiemu pożytkowi nauki polskiej, nietylko lekarskiej (szczególnie w zakresie fizjografji krajowej). Środkami temi są: p o ł ą c z e n i e s a m o d z i e l n y c h m a ł y c h T o w a r z y s t w l e k a r s k i c h p r o w i n c j o n a l n y c h z T o w a r z y s t w a m i l e k a r s k i e m i m i a s t u n i w e r s y t e c k i c h (podkreślenie sprawozdawcy), tak, że na prowincji istniałyby oddziały Towarzystw stołecznych (na wzór Towarzystwa lek. b. Galicji), usilne powiększanie bibljotek tych Towarzystw (także przez zasilenie dubletami z bibljotek stołecznych), przesyłanie tym bibljotekom bezpłatnie wydawnictw Akademji Umiejętności, Akademji nauk lekarskich (która to j u ż czyni), Towarzystw przyrodniczych, zorganizowanie przez kasę im. Mianowskiego

pomocy dla prowincji przez wypożyczanie przyrządów i dzieł naukowych. Sprawę połączenia Towarzystw prowincjonalnych ze stołecznemi wnosi dr. Maciesza jako kwestję programową pod obrady najbliższego ogólnego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Sprawozdanie z rozprawki dr. Macieszy może wydaje się za długie w stosunku do jej rozmiarów; nie jest takiem jednak w stosunku do doniosłości sprawy. Zdaje mi się ona bardzo poważna. Poważny też głos ją podnosi, bo autor może się powołać na wyniki własnej pracy, w której nie ustaje. Wszak znów świeżo ogłosił pokaźny zeszyt swych prac antropologicznych (»Puszczanie przasnyscy« w III tomie »Archiwum nauk antropol.« Towarzystwa naukowego warszawskiego) i, o ile mi wiadomo, wkrótce wyda w rocznicę Komisji Edukacyjnej źródłową monografję o jej lekarskim współpracowniku, dr. Czenpińskim, którego wpływ w pracach tej Komisji tak wybitnie się zaznacza.

Ciechanowski (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby skórne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 8 i 9 (sierpień i wrzesień 1922 r.).

J. Darier i M. Ferrand. **Nabłoniak brukowy mieszany.** Autorowie uważają, że dotychczasowy podział histologiczny nabłoniaków na nabłoniaki zbudowane z komórek kolczastych (epithelioma spino-cellulare) i nabłoniaki zbudowane z komórek podstawowych (epithelioma baso-cellulare) nie jest podziałem dość ścisłym, bo badania autorów oparte na znacznym materjale dowodzą, iż prócz tych dwu głównych typów nabłoniaków istnieje typ pośredni o utkaniu mieszanem typ nazwany przez autorów »epitheliome métatypique«. Odróżnienie tej trzeciej postaci nabłoniaka ma znaczenie nietylko teoretyczne ale, co ważniejsze, praktyczne. Nabłoniaki zbudowane z komórek kolczastych należą do postaci złośliwych, tworzą przerzuty w gruczołach chłonnych i są oporne na leczenie światłem czy to promieniami Röntgena czy to zapomocą radu. Nabłoniaki zbudowane z komórek warstwy rozrodczej przyskórka należą do nowotworów dobrotliwych nie tworzą przerzutów i ustępują łatwo przy leczeniu ciałami promieniotwórczemi. Pośrednie miejsce pomiędzy dwoma poprzednio wymienionemi odmianami nabłoniaków zajmuje odmiana opisana przez D i F. »epitheliome métatypique«. Przebiegiem klinicznym i powolnym wzrostem, brakiem złośliwości i przerzutów zbliża się ta postać do nabłoniaków płaskich (powstałych z komórek warstwy rozrodczej przyskórka), ale różni się od nich tem, że w pewnym okresie swego rozwoju przechodzi w postać złośliwą, rośnie nagle, niszczy tkanki otaczające i może dawać przerzuty. Na 100 przypadków nabłoniaków spotykali autorzy w 50 nabłoniaki o charakterze komórek kolczastych, w 35 nabłoniaki złożone z komórek warstwy rozrodczej przyskórka, a w 15 »epitheliome métatypique«. Przy pewnej wprawie można już na podstawie cech klinicznych rozpoznać, z jaką postacią nabłoniaka ma się do czynienia, ale pewność daje dopiero badanie histologiczne. Najczęstszą siedzibą »epitheliome métatypique« jest twarz (nos, czoło, policzki). Nowotwór przedstawia się najczęściej jako guzek półkolisty wielkości grochu lub orzecha, dobrze odgraniczony od skóry otaczającej i przeważnie miękki. Przy ucisku szkiełkiem lub diaskopem w utkaniu guza można rozróżnić drobne ogniska niebieskawe lub szarożółte, o wejrzeniu guzków lub plam galaretowatych przeświecających. Z czasem przychodzi do powierzchownych owrzodzeń i wytwarzania się strupów. Nowotwór może przez szereg lat nie zmieniać się, aż nagle z przyczyn nieznanych, prawdopodobnie skutkiem drażnienia, rośnie do rozmiarów dwukrotnych i pięciokrotnych. Można stosować leczenie świetlne ale skutków leczenia należy się spodziewać jedynie po użyciu silniejszych dawek promieni Roentgena lub radu. Autorzy omawiają szczegółowo budowę histologiczną wszystkich trzech typów nabłoniaków; wykazują przejścia stopniowe komórek poszczególnych nabłoniaków i twierdzą, że komórki przyskórka zarówno warstwy kolczastej jak i warstwy rozrodczej mogą zmieniać swe wejrzenie i cechy żywotne, a większą siłą w tym kierunku wyposażone są komórki warstwy kolczastej niż rozrodczej. Zależnie od budowy histologicznej zalecają autorzy dla tych trzech typów nabłoniaków bądź leczenie chirurgiczne bądź leczenie ciałami promieniotwórczemi z odpowiedniem, mniej lub więcej energicznem, dawkowaniem promieni leczniczych.

J. Golay. **O znaczeniu układu współczulnego w patogenezie wielu chorób skórnych.** Autor zwraca uwagę, że zamało, jak dotąd, uwzględnia się znaczenie nerwu współczulnego w powstawaniu rozmaitych chorób skórnych, a luźne tylko wzmianki w piśmiennictwie zawarte, nie uwydatniają należycie jego pierwszorzędnej roli. A przecie nie da się zaprzeczyć, że już w warunkach fizjologicznych znaczenie nerwu współczulnego w objawach życiowych skóry występuje na plan pierwszy. Pod wpływem nerwu współczulnego pozostaje krążenie krwi w skórze, wydzielanie potu i wydalanie tłuszczu, pod jego wpływem pozostaje też najprawdopodobniej przyskórek i wytwarzanie barwika skóry i gdybyśmy znali dokładniej drogi oddziaływania nerwu współczulnego na skórę, możnaby nerw współczulny względnie zaburzenia w jego czynnościach przyjąć za podstawę systematyki pewnej przynajmniej grupy chorób skórnych. Poznanie znaczenia nerwu współczulnego może nam wyjaśnić niejeden pogląd na tak zw. banalne odczyny skórne jak np. poglądy Brocq'a i Jacquet'a. Z trzech odcinków nerwu współczulnego (część głowowa, piersiowa i miednicowa) jedynie część piersiowa ma dla skóry wybitne znaczenie, bo kieruje życiem jej tkanek i komórek. Wszakże wiadomo, że przecięciu nerwu współczulnego towarzyszy zazwyczaj zanik skóry odpowiedniego odcinka i odpowiedniej strony, a obok tego występują zaburzenia naczynio-ruchowe. Pocenie się pod wpływem strachu lub na skutek drażnienia pni nerwowych bez współudziału krążenia skórnego jest także dowodem wpływu nerwu współczulnego na skórę. I na wydalanie tłuszczu, a może i wydzielanie, nerw współczulny ma prawdopodobnie pewien wpływ choćby pośredni, a to przez swói, bliżej niezbadany jeszcze związek z gruczołami dokrewnemi. Istnieje niewątpliwy, doświadczalnie wykazany związek pomiędzy nerwem współczulnym a tarczycą (wycięcie zwoju gwiaździstego a zanik tarczycy) jakoteż między nerwem współczulnym a nadnerczem (drażnienie nerwu trzewnego i wzmożenie wydzielania adrenaliny).

Zaburzenia czynnościowe nerwu współczulnego mogą oddziaływać na skórę w sposób trojaki:

1) przez wywołanie uczucia świądu pobudzającego do drapania, a w następstwie drapania do powstania wykwitów skórnych (droga pośrednia).

2) Przez oddziaływanie bezpośrednie. Samo schorzenie nerwu wywołuje osutki bez drażniącego wpływu drapania.

3) Przez współdziałanie nerwu współczulnego z zaburzeniami w gruczołach dokrewnych, przyczem gruczołom dokrewnym przypada rola główna.

Za wyjątkiem dermatoz pasorzytniczych i bakteryjnych w przeważnej części chorób skórnych da się, zdaniem autora, wykazać związek choroby skórnej z nerwem współczulnym. Zaburzenia czynnościowe nerwu współczulnego mogą mieć swoją przyczynę:

1) w bodźcu nerwowym wrodzonym lub nabytym,

2) w czynniku toksycznym działającym od zewnątrz lub od wewnątrz (samozatrucia), wreszcie

3) w czynniku, który Widal określa mianem: »choc hémoclasique«.

Do pierwszej grupy chorób, a więc chorob skórnych, wywołanych schorzeniem nerwu współczulnego, świędzeniem i drapaniem, gdzie drapanie powoduje powstanie wykwitów skórnych, zalicza G. świerzbiączkę Hebry i typy świerzbiączki wprowadzone przez Brocqa, lichenifikację, ekzematyzację, chorobę Dühringa, liszaj czerwony płaski i jego odmiany, wreszcie pokrzywka. Dla autora dowodem niezbitym zależności wykwitów skórnych od drapania jest znane doświadczenie Jaqueta i jego teza, że pierwotną sprawą jest świędzenie

a następstwem jego, jego wynikiem, wykwit skórny. Nie wykwit powoduje świąd ale świąd rodzi wykwit. Wpływ nerwu współczulnego na powstawanie wykwitów w tej grupie chorób skórnych zaznacza się między innemi także zaburzeniami w nerwach naczynio-ruchowych. Świąd nie jest bynajmniej odmianą czucia bólu lub dotyku, a więc nie zależy od stanu ośrodkowego układu nerwowego, ale jedynie od stanu nerwu współczulnego. Świąd jest zaburzeniem w równowadze swoistej odmiany czucia skórnego, jest zaburzeniem tzw. eudermji«. A że zaburzeniu temu towarzyszą z reguły objawy naczynio-ruchowe takie, jak przekrwienie, samo uciśnięcie miejsca swędzącego sprawia ulgę. Zmniejsza się przekrwienie a z niem i swędzenie. Podobnie kojąco działa drapanie. Drobne wybroczynki zmniejszają przekrwienie a przez to usuwają i świąd. W świerzbiączce właściwej typu Hebry i w pokrewnych jej typu Brocqa zawijanie kończyn pokrytych guzkami wystarcza już samo przez się, by doprowadzić wykwity do zupełnego zniknięcia. Tłómaczy się to brakiem drapania tego czynnika koniecznego do powstania wykwitów. Lichenifikacja nie jest niczem innem, tylko banalnym odczynem skóry na stałe, ciągle powtarzane drapanie. Towarzyszy ona rozmaitym chorobom skórnym a jej zależność od nerwów przebija w grupie nazwanej przez Brocqa »neurodermitis«. Umiarowość wykwitów przemawia za tłem nerwowem, przemawia za niem również to kliniczne doświadczenie, że świąd zaostrza się często przy rozmaitych wzruszeniach psychicznych. Między lichenifikacją a ekzematyzacją niema ścisłej granicy, możnaby powiedzieć z Brocq'iem, że lichenifikacja kończy się tam, gdzie się zaczyna ekzematyzacja. I ekzematyzację uważać należy za banalny odczyn skórny, towarzyszący rozmaitym chorobom skórnym od świerzbu do mycosis fungoides. Liszaj czerwony płaski i jego odmiany zalicza G. także do swej pierwszej grupy schorzeń nerwu współczulnego. Liszaj czerwony płaski napotykamy najczęściej u osób nerwowych, a guzki liszaja pojawiają się głównie w miejscach drażnienia podobnie jak guzki świerzbiączki. Że napotykamy guzki i na błonach śluzowych jamy ust, to nie obala jeszcze przypuszczenia jakoby te guzki nie mogły powstać pod wpływem nerwu współczulnego. Tu nerw współczulny działa bezpośrednio podobnie jak w drugiej grupie chorób. W chorobie Dühringa wpływ nerwu współczulnego zaznacza się wyraźnie wykwitami o charakterze rumieni, pokrzywki, guzków i pęcherzy. Przyczyną schorzenia nerwu współczulnego może być przewlekłe zatrucie. Mogą tu mieć wpływ także zaburzenia w gruczołach dokrewnych. Odmianę choroby Dühringa t. zw. »herpes gestationis« spotykamy u ciężarnych, a wiemy, że tu napotykamy zarówno nadmierną pobudliwość nerwu współczulnego jakoteż zaburzenia w gruczołach dokrewnych. Choroba Dühringa nie jest, jak chce Leredde, chorobą krwi. Pokrzywka jest typowym przykładem choroby skórnej wywołanej zaburzeniami w nerwie współczulnym. Towarzyszący jej tak często dermografizm jest tego wymownym dowodem. Nie mniej za związkiem z nerwem współczulnym przemawiają towarzyszące często pokrzywce obrzęki błon śluzowych i napady dusznicy. Występowanie pokrzywki w czasie nieprawidłowego miesiączkowania, w czasie zaburzeń w narządach rodnych dowodzi, że obok nerwu współczulnego na powstawanie wykwitów wpływać mogą zaburzenia w gruczołach dokrewnych. Jeżeli się zważy, że wykwity poszczególnych chorób tej pierwszej grupy niejednokrotnie występują u jednego chorego obok siebie, że niejako przechodzą jedne w drugie, jeśli się zważy ponadto, że w jednej rodzinie napotykamy często świerzbiączkę, pokrzywkę i objawy ekzematyzacji, to przyznamy, że wspólność chorób tej grupy jest uderzająca. (C. d. n.).

H. L a b o r d e. **Rtęciowe śmiertelne zapalenie skóry w następstwie wstrzyknięcia 0,01 jodku rtęci.** Opis przypadku dotyczącego 22 letniej kobiety, u której zastosowano leczenie przeciwkiłowe poraz wtóry z powodu zapalenia tęczówki. Już w czasie pierwszego leczenia miała chora okazywać nieznaczną nadwrażliwość na rtęć, znamionującą się wystąpieniem na skórze drobnych pęcherzyków ropnych. Ale objawy te wówczas ustąpiły dosyć szybko. Przy drugiem leczeniu zastosowano śródmięśniowe wstrzyknięcie dwujodku rtęci w ilości 0.01 g. W dwie godziny po zabiegu wystąpił rumień na skórze twarzy, tułowia i odnóży, a w kilka dni po tem zapalenie skóry o typie płoniczym. Mimo zaprzestania leczenia rtęcią i stosowania jedynie sulfarsenolu (2 wstrzyknięcia po 0,6) i luatolu (2 wstrzyknięcia po 0,1) zmiany zapalne na skórze postępowały szybko. W kilka dni po wystąpieniu objawów zapalnych pojawiły się liczne pęcherze ropne zwłaszcza na tułowiu, a w fałdach skórnych wystąpiło sączenie. Błony śluzowe były zupełnie wolne od zmian chorobowych; mocz prawidłowy. Wśród objawów ogólnego zatrucia, utraty przytomności i ciepłoty dochodzącej do 39° C. chora po 3 tygodniach zmarła. Prócz zmian w skórze stwierdzonych mikroskopowo a typowych dla rtęciowego zapalenia skóry, stwierdzono przewlekłe ale nieznaczne zmiany miażdżycowe w nerkach i w wątrobie. Za przyczynę śmierci uważa autor zatrucie rtęcią. Dawka rtęci, aczkolwiek mała, była w tym przypadku dawką trującą, bo ustrój okazywał pewną osobniczą nadwrażliwość wywołaną już może pierwszem leczeniem, a mała sprawność nerek i wątroby uniemożliwiła należyte wydalanie ciał trujących.

H. B e h d g e t. **Uwagi nad jednym przypadkiem choroby Recklinghausen'a.** Autor podaje wraz z fotografją opis ciekawego przypadku choroby Recklinghausena. U 40 letniego mężczyzny stwierdził liczne guzki i guzy wielkości grochu i orzecha, rozsiane na skórze tułowia i odnóży, obok tego liczne plamy barwikowe. Ramię lewe pokryte było skórą wyciągniętą i zwisającą na kształt obszernego rękawa. Skóra w tem miejscu była pofałdowana, miejscami przebarwiona, w dotknięciu miękka, plastyczna. Zmiany te miały rozwijać się powoli w ciągu lat a rozpoczęły się w 15. roku życia miękkim guzkiem, takim jak i reszta guzów na skórze. Upośledzona inteligencja chorego, cechy zwyrodnienia na twarzy, zniekształcenie zębów i nieprawidłowa budowa podniebienia nasuwały autorowi przypuszczenie, że w danym przypadku mogło chodzić o chorobę Recklinghausena u osobnika obarczonego kiłą wrodzoną. Odczyn Wassermanna wypadł dodatnio. Autor stawia pytanie, czy może być jaki związek między kiłą wrodzoną a chorobą Recklinghausena i przypuszcza, że związek taki przyjąć można wobec tego, że rozmaite znamiona na skórze zwykliśmy także łączyć z kiłą wrodzoną.

Z j a z d d e r m a t o l o g ó w i s y f i l i d o l o g ó w f r a n c u s k i c h 6, 7 i 8 c z e r w c a 1922. (Część pierwsza). Streszczenie wykładów i dyskusji do przeczytania w oryginale. *J. Lenartowicz* (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 17. F. Lehmann). 1923. Zeszyt 8.

T r e ś ć: 1) S p i r o: Teorja jonów w zastosowaniu do niektórych ogólnych zagadnień farmakologji i balneologji. 2) R e n n e r: O środkach nasennych. 3) Prof. S t r a u s s: Uwagi krytyczne nad leczeniem djetetycznem wrzodu żołądka i dwunastnicy. 4) H a f f: Eatan. 5) P o r d e s: Zasadnicze zagadnienia dotyczące biologicznego działania promieni Röntgena. 6) L a q u e r: Stan obecny leczenia radem i naświetlaniem.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

P o s i e d z e n i e w dniu 20. VI. 1923.

Przewodniczy kol. B u t k i e w i c z.

1) Kol. P u t e r m a n przedstawia: a) 21 letnią chorą, która roku zeszłego chorowała jakoby na dur brzuszny. Skargi ówczesne: ból, zawroty głowy, darcie w prawej ręce, które trwa po dziś dzień, dwojenie w oczach. Po upływie 4 tygodni wypisała się ze szpitala, lecz dotychczas narzeka na zaburzenia wzrokowe, senność, ociężałość, poty nocne, krótki oddech, uczucie strachu, halucynacje wzrokowe i słuchowe. Badanie wykryło nieznaczny niedowład dolnej gałęzi prawego nerwu twarzowego, rytmiczne kloniczne skurcze na lewej połowie twarzy i lewej połowie szyji. Te hyperkinezy kol. P u t e r m a n uzależnia od

cierpienia układu prążkowatego, jako pozostałość po **letargicznem zapaleniu mózgu.**

b) 2½ letnie dziecko, urodzone na czasie, siłami natury, od urodzenia nie włada rączkami; od 7 miesięcy życia dziecko miewa drgawki, powtarzające się 1—2 razy na miesiąc. Badanie stwierdziło: niedorozwój czaszki — obwód czaszki 40 cm, głupkowatość, zaburzenia ruchowe, niemożność stania, siedzenia, chodzenia, toniczne napięcie mięśni kończyn. Odruchy ścięgniste wzmożone, odruch paluchowy Babińskiego i wachlarzowate rozchylanie się palców. Napady epileptyczne z wymiotami, zaburzenia połykowe. Czucie, zdaje się, przytępione. Postać nosologiczna: **tetraplegia cerebralis** wewnątrzustrojowego pochodzenia. Na cierpienie organiczne wskazuje niedorozwój czaszki, głupkowatość, objaw Babińskiego. Dwa pierwsze objawy oraz napady epileptyczne wskazują zarazem na lokalizację sprawy w mózgu. Co do zmian anatomo-patologicznych przypuszczać należy niedorozwój wrodzony, lub zwyrodnienie mózgowia, aplazję ośrodków ruchowych lub torów piramidalnych.

c) Dziewczyna 17-letnia, dziedzicznie nie obarczona. Rodzice nie przyznają się do przymiotu i nadużycia alkoholowego. Chora, prócz szkarlatyny w 7 roku życia, żadnych chorób nie przechodziła. Obecna choroba rozpoczęła się obrzękiem i »rybią łuską« na kończynach, później skóra popękała. Od roku skóra zcieńczała. Chora dotychczas nie miała miesiączki. Warunki życia niezłe. Badanie stwierdziło wybitną niedokrewność, cera bronzowoblada, twarz mała, wygląd 10-letniego dziecka. Skóra prawie wszędzie, zwłaszcza na kończynach zcieńczała, połyskująca, twarda, blada, mocno przylega do sąsiednich tkanek. Palce rąk cienkie, zgięte w ankylosie, nie dają się wyprostować, otwory nosowe rozszerzone. Zmiany zanikowe skóry również na klatce piersiowej. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Rozpoznanie: **scleroderma**. Istota cierpienia - neuropatyczne, naczynioruchowe zaburzenia w zależności od cierpienia gruczołów wewnętrznego wydzielania.

2) W związku z protokołem z poprzedniego zebrania kol. Ryder zapytuje, jaki jest los chorych kol. Zahorskiego z objawami **parkinsonizmu**, leczonych dużemi dawkami skopolaminy. U wszystkich tych (3) chorych po przestaniu stosowania injekcji skopolaminy objawy chorobowe wystąpiły z powrotem.

3) W związku z odczytem kol. Rydera »organizacja służby zdrowia w Państwie Polskiem« kol. Butkiewicz stawia wniosek: po **dyskusji** nad odczytem kol. Rydera zebranie Tow. Lek. wyraża opinję, że praca 5 samorządowych urzędów zdrowia na terenie powiatu Będzińskiego powinna być należycie skoordynowana i mieć ścisły i stały kontakt z lekarzem powiatowym. Wniosek został przyjęty. Dr. *Budzyński* sekretarz.

Siedleckie Tow. Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 marca 1923.

Obecnych 24 kolegów. Przew. kol. Jarosiński.

1) Kol. Drozdowicz z Warszawy wygłosił referat »O stosowaniu rentgenoterapji głębokiej«. Referent podkreślił dodatnie strony tej terapji w leczeniu carcinoma uteri, sarcoma, lupus, leukaemia.

2) Kol. Sitkowski z Radzynia: Poronienia sztuczne i leczenie poronień.

Po przejściu ustawodawstwa różnych państw co do karalności lub niekaralności poronień, referent domaga się rozstrzygnięcia tej kwestji przez kompetentne czynniki państwowe i lekarskie, walka bowiem z poronieniami tajemnemi, zbrodniczemi jest nadzwyczaj trudna i żadne represje tu nie pomogą. Prelegent omawia wskazania lekarskie poronień. Wnioski: poronienia sztuczne przez lekarza są wskazane przy: gruźlicy postępującej, wadach serca i złym ogólnym stanie matki. Zjazdy lekarskie powinny uregulować te wskazania.

Dyskusja: Dr. Wiszniewski: Bezwzględnych wskazań do poronienia niema. W gruźlicy wskazaniami takiemi są: podwyższona ciepłota, przyśpieszenie tętna, wyniszczenie. Zostawiać kwestji robienia poronień lekarzom nie można. Dr. Sztejn: Prawodawstwo Szwajcarskie, pozwalające każdej kobiecie robić poronienie do 3 miesiąca ciąży, uważa za celowe. W każdym razie sprawę trzeba pozostawić sumieniu lekarza. Dr. Ostrowski: W kwestji tej powinno rozstrzygać sumienie lekarza, są bowiem czasami okoliczności rodzinne — bez wskazań naukowych, które każą robić poronienie. Dr. Jarosiński: Poronienia sztuczne powinny być robione zawsze ex consilio.

Zabierali głos jeszcze koledzy: Danowski, Rytlówna, Gościcki, Żegota i in.

Wnioski prelegenta przyjęto.

Posiedzenie naukowe (łącznie z posiedz. Związku L. P. P.) w dniu 4 maja 1923 r.

Obecnych kol. 20. Przewodniczy kol. Jarosiński.

Demonstracje: 1) Kol. Rytlówna: lues III nasi z zupełnym zanikiem chrząstki nosa.

2) Kol. Stępowski: 8 letnia dziewczynka, z ataksją, drgawkami, Babińskim, przy temp. norm., przytomność zachowana, mówi z trudnością; obecnie po santoninie i usunięciu askaryd wyzdrowienie.

W dyskusji zgodzono się na djagnozę chorea minor.

3) Kol. Schlejcher: lupus vulgaris verrucosus na

4) Kol. T. Kopeć (Warszawa): Klinika i epidemiologja kokluszu w świetle poglądów Pospischill'a (ukaże się w druku).

Drugą część wieczoru zajęło ustne sprawozdanie delegatów Siedleckiego Okręgu Związku Lekarzy P. P. ze Zjazdu Walnego w dn. 28 i 29 kwietnia w Poznaniu.

Władze Siedleckiego Tow. Lek. stanowią: Prezes: Kol. Adam Jarosiński (Sterdyń), wiceprezes: kol. Eugenjusz Wiszniewski (Siedlce), skarbnik: kol. Józef Maluszycki (Siedlce), sekretarz: kol. Stanisław Wąsowski (Siedlce). Członkowie Zarządu: Kol. Maurycy Sztejn (Siedlce), kol. podpułk. Józef Chomiczewski (Siedlce).

Władze Siedleckiego Okręgu Związku Lekarzy P. P. stanowią: Prezes: kol. E. Wiszniewski, skarbnik: kol. W. Gościcki, sekretarz: kol. St. Wąsowski. Członkowie Zarządu: kol. A. Jarosiński (Sterdyń), kol. St. Łopott (Węgrów), kol. N. Surowiecki (Biała p.).

Sekr. Siedleckiego Tow. Lek. Dr. *Wąsowski*.

Związek lekarzy P. P. i Towarzystwo lekarskie. Okrąg Łucki

Posiedzenie naukowe w dniu 1 czerwca 1923 r.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski. Obecnych 14.

1) Kol. A. Wojnicz pokazał chorego wieśniaka, 56 lat, z **rakiem dolnej wargi** w postaci dwóch oddzielnych wrzodów. Owrzodzenia, gruczoły podbródkowe i podszczękowe usunięto za pomocą rękoczynu.

W dyskusji kol. Ziembiński zauważył, że trudno jest oprzeć się wrażeniu, że w obserwowanym przez prelegenta przypadku nie mamy do czynienia z kiłowem owrzodzeniem dolnej wargi.

Kol. Jasiński wskazuje na brak badania na odczyn Wassermanna i patologo-anatomicznego rozpoznania usuniętych wrzodów i gruczołów. U chorego przedstawionego owrzodzenie wargi z prawej strony powstało na 7-my dzień po używaniu fajki, z lewej na 21-szy. Nasuwa się myśl, czy nie mamy tu do czynienia z wszczepieniem jakiegoś organizowanego swoistego czynnika?

Widocznie, że najróżnorodniejsze czynniki, mechaniczne, chemiczne, aktyniczne, pasorzytne mogą być przyczyną powstania nowotworów.

2). Dr. Żubr. Sprawozdanie ze Zjazdu Głównego Związku Lekarzy P. P. . *M. Jasiński* sekr.

Związek Lekarzy Okręgowych.

Na walnem Zgromadzeniu lekarzy okręgowych dnia 19 maja b. r. we Lwowie uchwalono: 1) podnieść wkładkę dodatkową od każdego członka na rok bieżący w kwocie 8.500 Mkp. 2) przedstawić Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu nowo wypracowany i przedyskutowany szczegółowo projekt instrukcji dla lekarzy okręgowych, 3) uchwalono, by Dr. Natter i Dr. Bednarski wyjechali do Warszawy do Minist. Zdrowia celem przedstawienia postulatów ze strony lek. okręg. Dr. Natter skutkiem nadwątlonego zdrowia zrezygnował w międzyczasie z godności przewodniczącego Związku a miejsce jego zajął Dr. Ignacy Bielecki.

Wydział Związku l. o. wniósł już dwukrotnie podanie do Tymczasowego Wydziału Samorządowego, by 1) pobory lekarzy okręgow. wypłacał wprost T. W. S. za pomocą czeków P. K. O. warszawskiej w urzędach pocztowych w miejscach zamieszkania lek. okręg., 2) by starszym lekarzom okręgowym jak najrychlej przyznano rangę VIII, analogicznie do rang funkcjonarjuszy państw., 3) by uregulowano ryczałty roczne na objazdy urzędowe stosownie do panującej drożyzny.

Kolegów zalegających z wkładkami upraszamy o jak najrychlejsze uiszczenie tychże.

Dr. *Józef Bednarski* sekr. Zw. l. okr.   Dr. *Ignacy Bielecki* przewod. Zw. l. okr.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Towarzystwo lekarskie lwowskie. XXIII. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 26/X. b. r. o godz. 6-tej wieczór w Poliklinice ul. Lindego 5.

Porządek dzienny: 1) Przedstawienie chorych 2) Kol. Allerhand: »O potrzebie wykształcenia stomatologicznego na wydziałach lekarskich« (wykład).

J. Zieliński Prezes.   *W. Janusz* Seskretarz.

Warszawa.

Walne Zgromadzenie Polskiego Czerwonego Krzyża odbyło się pod przewodnictwem wiceprezesa K. Siedleckiego w zastępstwie gen. Hallera. W posiedzeniu wzięli udział delegaci z całej Polski. Po zagajeniu wygłosili odczyty: p. Włodzim. Kryński oraz dyr. Kazimierz Kujawski. Następnie zawiadomił wiceprezes, że prezes p. Haller zawiózł dla Ameryk. Czerwonego Krzyża nadaną przez prezydenta odznakę orderu »Polonia restituta«. Uchwalono przesłać w imieniu Walnego Zgromadzenia amerykańskiemu Czerwonemu Krzyżowi bratnie pozdrowienie, a dla Japonji kondolencję z powodu katastrofy. Po referacie p. Chrzanowskiego, który referował sprawę nowej ustawy, uchwalono prosić prezydenta o przyjęcie godności prezesa honorowego Polskiego Czerwonego Krzyża. Następnie wy-